

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIERE

F

V

L

et

K

T

L

N

C

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. COUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les D^{rs} AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CABOCHÉ, CASTEX, H. CHATELLIER,
C. CHAUVÉAU, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, LAURENS,
LÉWENBERG, LOMBARD, MAHU, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER,
F. SUAREZ DE MENDOZA (Paris), LANNOIS et COLLET, agrégés de la Faculté et mé-
decins des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon,
ETIÉVANT, chef de clinique à la Faculté de Lyon, PIAGET (Grenoble),
VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen),
LICHTWITZ (Bordeaux), GRINER, LENHARDT (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans),
BAR (Nice), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne sur-Mer),
SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS
et RUTTEN (Liège), DE PONTIÈRE (Charleroi), P. KOCH (Luxembourg et Nancy),
SZENES, NEUMAN (Budapest), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER,
CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER,
KIRSTEIN (Berlin), LANGE et MOELLER (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERYNG,
T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNIX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres),
LABUS (Milan), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples),
FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL,
SAJOUS (Philadelphie), CL. J. BLAKE (Boston), BRYSON DELAVAN (New-York),
SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAX, TERRIER, BERGER et Pozzi
D^{rs} PÉRIER, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, RECLUS, BROCA,
PICQUÉ, SÉBILEAU et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris,
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST,
D^{rs} DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD,
LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH,
LETULLE, CHAUFFARD, NETTER, LAUNOIS et LE NOIR, méd. des hôpitaux de Paris,
NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon,
COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, D^{rs} LEVAL, HIRSCHMANN,
R. LEUDET, PLICQUE, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER,
DUDEFOY, GASTOU, MICHEL DANSAC, DRUAULT et M^{me} NAGEOTTE, ex-internes
des hôp. de Paris. Bourgeois, interne des hôpitaux de Paris.

TOME XXVII — 1901

DEUXIÈME PARTIE

PARIS

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120 BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1901

140

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MEMOIRES ORIGINAUX

I

DE L'ALGIE MASTOIDIENNE HYSTÉRIQUE

Par **M. LANNOIS** et **F. CHAVANNE**

Depuis les conclusions, en partie fausses, de Walton⁽¹⁾ et le remarquable travail de Lichtwitz⁽²⁾, les réactions hystériques de l'oreille ont vu leur histoire s'étendre considérablement en même temps qu'elle se précisait. Gradenigo⁽³⁾ a, pour une large part, contribué à l'édification de ce chapitre nouveau d'otologie ; il a bien montré surtout l'action de renforcement exercée par la névrose sur les manifestations subjectives dues à des lésions auriculaires. Tout récemment, l'un de nous⁽⁴⁾ a réuni les divers éléments établissant les rapports existant entre l'oreille et l'hystérie.

(1) WALTON. — Deafness in hysterical hemianesthesia (Brain, vol V, p. 458-472, 1883).

(2) LICHTWITZ. — Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses (Paris, J.-B.-Baillière et fils, 1887).

(3) GRADENIGO. — Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo (Turin, 1895).

(4) F. CHAVANNE. — Oreille et hystérie (Paris, J.-B.-Baillière et fils, 1901).

Nous n'avons pas l'intention de revenir ici sur cette question ; nous rappellerons seulement qu'à l'oreille, l'hystérie peut se manifester sous deux aspects :

1° A l'état d'épiphénomène demandant à être cherché et se traduisant par le syndrome otique de l'hystérie ;

2° A l'état d'hystérie auriculaire monosymptomatique dans laquelle l'élément otique domine, au point de les éclipser plus ou moins complètement, les autres phénomènes hystériques, s'il en coexiste.

De ces faits d'hystérie monosensorielle, les uns se manifestent par des phénomènes d'anesthésie : surdité, surdi-mutité, surdi-cécité, surdi-mutité-cécité ; les autres au contraire sont des productions hyperesthésiques, les *algies otiques*. Dans cette classe on retrouve toute la gamme des manifestations douloureuses, depuis la simple hyperesthésie jusqu'à la zone hystérogène ; depuis l'hyperesthésie auditive et l'hyperacousie douloureuse jusqu'à l'hyperacousie hystérogène. Toutes les parties constituant de l'oreille peuvent être frappées d'hyperesthésie ou devenir hystérogènes. Mais la localisation et les caractères de l'algie peuvent imprimer parfois à la manifestation hystérique une allure spéciale permettant de l'élever à l'état d'entité clinique. C'est ainsi que l'on peut rencontrer : le vertige de Ménière hystérique, avec ses deux formes, ordinaire et apoplectique ; l'otalgie ; l'algie mastoïdienne.

L'existence d'otorragies hystériques et celle de l'hystéro-traumatisme de l'oreille achèvent de prouver l'étendue du domaine auriculaire de la névrose.

Nous nous occuperons seulement ici de l'*algie mastoïdienne*.

Comme toutes les autres parties de l'oreille, la mastoïde peut être le siège de zones hyperesthésiques et hystérogènes, celles-ci ne présentent parfois aucun caractère spécial ; elles sont hystérogènes seulement à la pression.

D'autres fois au contraire, il se produit spontanément, du côté de l'apophyse, de véritables paroxysmes, qui bientôt revêtent une allure grave et peuvent en imposer pour une mastoïdite : c'est l'algie mastoïdienne.

Il ne s'agit pas ici évidemment de simples douleurs plus ou moins erratiques, ni de points névralgiques du côté de l'apophyse. L'algie mastoïdienne est réellement une entité clinique; c'est sous le couteau qu'a été confirmé plusieurs fois le diagnostic de sa nature hystérique.

L'un de nous, du reste, a eu depuis quelques années déjà l'occasion d'en observer, soit dans sa clientèle, soit dans son service, un nombre d'exemples suffisant pour en pouvoir affirmer la réalité.

Les observations personnelles suivantes, rapprochées de celles que nous avons rencontrées dans la littérature (celles-ci, à l'exception des cas de Shappard, n'avaient pas été publiées par leurs auteurs au point de vue qui nous intéresse), permettront de se rendre un compte exact de l'allure clinique de l'algie mastoïdienne.

Nous les répartirons en deux classes :

1° *Algie mastoïdienne hystérique à forme de mastoïdite simple.*

2° *Algie mastoïdienne hystérique à forme de mastoïdite compliquée d'accidents cérébraux.*

1. — ALGIE MASTOÏDIENNE HYSTÉRIQUE A FORME DE MASTOÏDITE SIMPLE

OBSERVATION I

(CLARENCE BLAKE ET WALTON, *Ann. des mal. de l'or.*, septembre 1884, p. 203.)

L'acuité des symptômes subjectifs qui coïncidait avec un état congestif assez prononcé de la muqueuse de la caisse pouvait faire croire à une inflammation des cellules mastoïdiennes. Mais la conservation du pouvoir auditif et surtout la température et le pouls qui avaient gardé leur caractère normal firent écarter l'idée de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

On prescrivit seulement un traitement général qui, sans procurer la guérison, amena un apaisement notable des symptômes. Ceux-ci avaient consisté principalement en une vive douleur de la

région mastoïdienne et temporale, dont la première présentait aussi de la rougeur et un léger gonflement. Ce diagnostic, en quelque sorte négatif, s'est vérifié. On eut, plusieurs mois après, des nouvelles de la malade et on apprit ainsi qu'aucune affection mastoïdienne ne s'était déclarée.

C'est que cette femme, âgée de 48 ans, et ayant eu plusieurs enfants, était sujette à toutes les manifestations de l'hystérie : attaques, hémianesthésie généralisée, sensibilité à la pression d'une des régions ovariennes, etc.

OBSERVATION II

(SCHIFFERS, *Rev. heb. de lar.*, 1892, n° 23, p. 811.)

La malade en question se présente à la Polyclinique, demandant avec insistance qu'on l'opère sans retard ; elle entendait par là subir la trépanation de l'apophyse mastoïde. Elle souffrait depuis plusieurs semaines de *douleurs très vives localisées dans la moitié gauche de la tête et spécialement dans la région mastoïdienne de ce côté.*

Elle est porteur d'une otite moyenne purulente chronique de date ancienne, avec destruction presque complète du tympan ; l'intérieur de la caisse est recouvert d'une muqueuse plutôt congestionnée qu'enflammée ; par ci, par là, il y a des points de cicatrisation, c'est-à-dire que la surface a pris à ces places un aspect dermoïde. Pas de carie ni de nécrose, pas de signe d'abcès cérébral, pas de sclérose de l'apophyse, dont la peau est rouge, sans tuméfaction, plutôt hyperesthésiée que douloureuse.

Hémianesthésie et paraplégie de nature hystérique non douteuse.

Instillations chaudes d'une solution glycéro-phéniquée à 4 %, additionnée de chlorhydrate de cocaïne. Traitement général. Les douleurs se calment pour disparaître complètement après quelques jours.

OBSERVATION III

(LICHTENBERG, *Soc. des oto-lar. hongrois*, 24 mai 1895.)

Malade âgée de 16 ans ; au dire de sa mère, elle a souffert depuis son enfance de diverses affections bilatérales de l'oreille, localisées d'abord au conduit auditif externe et à la caisse, puis à l'apophyse mastoïde. La maladie actuelle a débuté il y a trois

mois par des douleurs intolérables dans toute la région mastoïdienne gauche, qui, en dépit du traitement, durèrent jour et nuit, de sorte que la jeune fille ne peut ni manger ni dormir, pleure et maigrit considérablement. Surdité bilatérale prononcée. A l'examen, l'apophyse mastoïde gauche semble normale, de même que le conduit auditif externe, mais il existe des deux côtés un catarrhe chronique de la caisse.

En cathétérisant, j'ai perçu à gauche un bruit sec, étendu, vésculaire.

On ne pouvait donc songer à une affection suppurée chronique ; ni la caisse, ni la mastoïde ne présentaient de symptômes inflammatoires aigus ; aussi fit-on le diagnostic de mastalgie et, comme les douleurs remontant à trois mois résistaient à tout traitement, n'étaient pas de nature hystérique, on décida la trépanation mastoïdienne, que les parents et la malade réclamaient avec instance. Elle fut pratiquée au sanatorium de Grunwald, en présence des Drs Pokorny, Rothbart et Tomka.

Pour éviter toute erreur, j'expliquai avant l'opération que je ne cherchais ni ne trouverais ni pus ni inflammation ou produits inflammatoires ; je m'attendais au plus à une sclérose osseuse qui existe parfois dans les inflammations de la caisse et réclame la trépanation ; mais je ne trouvai rien de cela à l'opération ; les cellules étaient normales et ne présentaient pas trace d'inflammation, de pus ni de rougeur ; elles étaient nombreuses et vastes, allaient en arrière jusqu'au sinus ; on remarquait la pâleur, la coloration presque blanche de la muqueuse des cellules. L'antre fut également ouvert.

Quand toutes les parties douloureuses furent excisées, je perforai toute l'apophyse mastoïde, je fis l'extirpation totale, curettai régulièrement la plaie et la suturai.

La malade se rétablit promptement ; elle mange et dort bien, peut être considérée comme guérie : deux jours après l'opération, l'ouïe est considérablement améliorée, ce qui peut être attribué à l'ouverture de l'antre ou être la suite de l'activité nerveuse provoquée par la cessation des douleurs et aussi se rapporter à une plus grande acuité de l'acoustique.

Six mois après, les douleurs mastalgiques n'avaient pas reparu à gauche ; mais au bout de trois mois, du côté droit se manifestaient les mêmes symptômes du côté de la mastoïde. La malade a été guérie du côté droit le 19 octobre.

Malgré les protestations de Lichtenberg, au cours de la discus-

sion qui suivit sa communication, la nature hystérique de ces manifestations ne semble pas douteuse.

OBSERVATION IV

(HARTMANN, *Congrès des otol. all. à Nüremberg*, mai 1896.)

Un garçon de 11 ans est atteint d'otite moyenne aiguë ; traitée par la paracentèse, elle guérit rapidement ; six mois plus tard, l'enfant est pris de *violentes douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde, une trépanation de l'apophyse montre qu'elle est absolument normale*, mais l'opération fait néanmoins cesser toute douleur, et l'enfant se porte bien jusque vers l'âge de 13 ans ; un jour, il est pris subitement de fièvre qui dure deux jours, de douleurs mastoïdiennes, avec irradiation dans la tête ; quelques jours après, il ne peut plus marcher. On croit à des accidents du côté de l'oreille, mais une nouvelle paracentèse ne donne rien et l'enfant est une deuxième fois adressé à l'auteur, qui établit, avec le professeur Oppenheim, le diagnostic d'astisie-abasie et d'otalgie de nature hystérique ; en effet, quelques séances d'électrisation amenèrent une guérison complète.

OBSERVATION V

(SHEPPARD, *New-York med. jour.*, 9 mai 1896, p. 603 et suiv.)

M^{lle} M..., âgée de 18 ans, n° 29703 à l'hôpital Brooklyn.

Elle fut examinée pour la première fois le 14 juillet 1892.

Le Dr Wood l'envoya à ma clinique en raison des symptômes qu'elle présentait du côté de la mastoïde.

Etat général plutôt chétif, surdité des deux oreilles depuis trois ans et, depuis trois semaines, *douleurs de l'oreille droite et hyperesthésie périauriculaire du même côté*.

Le diapason C est entendu plus fort et plus longtemps par la conduction osseuse que par la conduction aérienne dans les deux oreilles ; sur le vertex, il est entendu plus longtemps dans l'oreille gauche.

La paroi postérieure du conduit droit paraît un peu plus rouge que normalement.

A gauche, conduit normal. Sur la membrane du tympan droit, opacité considérable, rétraction légère ; reflet lumineux petit et

brumeux. Sensibilité exagérée dans le conduit droit, autour de l'oreille et sur la mastoïde. Je remarque, pendant l'examen, qu'en occupant ailleurs son attention, on pouvait faire une pression ferme sur les parties sensibles sans provoquer aucun témoignage de douleur. Ce n'était donc pas un furoncle. Je conclus à un trouble hystérique, je fis prendre du bromure à la malade.

Cinq jours après, elle partit, n'ayant presque plus de douleur ni d'hyperesthésie. Ce soulagement se maintint.

OBSERVATION VI

(SCHEPPARD, *Eod. loco.*)

Mlle M..., 21 ans, domestique, me fut envoyée à la Polyclinique de New-York, par le Dr Whitney, le 11 mai 1895.

Elle se plaint de troubles utérins. Maux de tête qu'elle attribue à une chute faite d'une hauteur de trois étages sur la tête, il y a deux ans. Une demi-heure environ après la chute, il se produisit un saignement par l'oreille gauche et par le nez; deux heures environ après la chute, elle perdit connaissance pendant dix à douze heures.

Tout le jour suivant, pas plus longtemps, elle fut prise de forts vertiges. Depuis deux mois, elle prétend avoir eu chaque jour des douleurs à l'oreille droite; depuis quatre jours, douleur constante, violente et accompagnée d'un « bruit de battements » constant. Depuis deux jours, à trois reprises différentes, elle a éprouvé des vertiges à peu près semblables à ceux qui avaient suivi sa chute, avec tendance de tomber en arrière et à droite. Pas d'écoulement par l'oreille, sauf celui signalé plus haut, une demi-heure après sa chute. A son dire, elle n'a pas de maux de tête; elle ne se plaint que de douleurs de l'oreille. *Tout autour de l'apophyse mastoïde, très grande sensibilité sans infiltration.* La pression du spéculum contre le conduit postérieur cause de la douleur, mais le conduit est d'aspect normal, exactement le même que celui de droite. Les deux membranes du tympan paraissent les mêmes: elles sont légèrement rétractées et opaques dans la moitié postérieure, avec reflet lumineux de demi-grandeur.

Epreuves au diapason: sur le vertex, le diapason est mieux entendu dans l'oreille droite; dans l'oreille gauche, conduction aérienne plus forte et plus persistante que conduction osseuse pour les cinq séries d'Hartmann, mais la durée absolue pour la conduc-

tion aérienne et surtout pour la conduction osseuse, est très réduite par rapport à la normale.

Elle prétend avoir eu hier, chez elle, en se réveillant, un frisson avec fièvre et sueurs. Elle prétend aussi qu'on lui a ouvert, il y a six semaines, à la clinique Vanderbilt, un petit gonflement sur la mastoïde gauche, ce dont je doute, car il n'y a pas de cicatrice.

Je la mis au bromure pendant deux ou trois jours. L'annonce d'une opération n'amointrit pas les symptômes ; elle fut, au contraire, très désappointée lorsque je lui annonçai que je pourrais la guérir sans l'opérer.

Je résolus de la traiter par suggestion. Deux séances d'hypnose complète avec suggestion suffirent à la guérir. Une seule eût peut-être suffi ; je me décidai à deux, une première de soulagement temporaire et une seconde de guérison complète et permanente ⁽¹⁾.

OBSERVATION VII

(Personnelle.)

M^{lle} X..., âgée de 14 ans, habitant une ville voisine de Lyon, eut, au mois de juin 1898, une angine d'intensité moyenne, avec une otite purulente droite, dont l'écoulement dura huit jours ; cette otite avait été précédée de douleurs très violentes, qui ne cédèrent pas à l'apparition de l'écoulement, et qui durent encore actuellement (octobre 1898).

Cette jeune fille a toujours été très nerveuse ; elle présente actuellement des zones hyperesthésiques sus et sous-mammaires et ovarienne gauche. Elle n'a jamais pris de grande crise ; elle n'a pas d'hémianesthésie.

La mère de la malade est également très nerveuse ; elle semble avoir eu quelques crises hystériques dans sa jeunesse ; une autre de ses filles, vue ultérieurement, présente quelques troubles de neurasthésie hystériforme, des accidents dyspnéiques, etc.

Depuis son otite, la malade présente des douleurs extrêmement violentes de la moitié droite de la tête, aussi bien le jour que la nuit ; ces douleurs l'empêchent de reposer et la font souvent gémir et crier ; en présence de cette douleur persistante, qui

(1) Sheppard publie une troisième observation analogue, mais il a immédiatement perdu de vue sa malade et ne sait pas quelle a été l'évolution ultérieure de l'affection.

s'accompagnait de constipation, les médecins consultés ont pensé qu'il pouvait bien s'agir d'une méningite tuberculeuse. La malade fut examinée à ce moment par le Dr D. Courtade qui se trouvait de passage ; il rejeta l'idée de méningite en raison de la durée de l'affection, de l'absence de tuberculose, d'inégalité pupillaire, d'irrégularité du pouls, etc., et, tout en pensant à de la céphalée neurasthénique, il m'adressa la malade pour s'assurer qu'il n'y avait pas de mastoïdite latente.

A l'examen on ne constate rien à l'oreille, qui est absolument sèche et présente seulement en haut et en arrière des traces peu visibles d'une cicatrice. L'audition est revenue, mais la malade latéralise à droite le diapason-vertex. Rinne + des deux côtés.

Douleur assez nette en arrière de l'oreille sur l'apophyse mastoïde, mais toute la moitié droite de la tête est sensible à la pression ; la malade se laisse mal examiner en accusant de vives douleurs au moindre frôlement de la peau. Pas de gonflement au niveau de l'apophyse.

Amygdales un peu grosses ; un peu de pharyngite ; quelques végétations adénoïdes.

En présence de ce peu de signes, j'éliminai complètement l'idée d'une mastoïdite et refusai toute intervention en pensant qu'il ne s'agissait là que de phénomènes hystériques.

Mais cette possibilité d'une intervention, qu'on avait discutée depuis longtemps déjà devant la malade, devint pour elle une idée fixe ; elle fut présentée successivement à plusieurs médecins, et notamment au professeur Lépine, toujours avec l'idée de la possibilité d'une intervention au point le plus sensible.

Les douleurs continuèrent à être très violentes ; la malade ne s'alimentait plus, passait ses journées entières étendue sur un canapé, de sorte qu'au mois de janvier 1899, un chirurgien de Saint-Etienne se décida à intervenir.

Je tiens de lui-même que l'intervention fut absolument négative et que les *cellules mastoïdiennes étaient parfaitement saines*.

L'intervention d'ailleurs ne donna aucun résultat, et, dix-huit mois après, la malade était toujours dans le même état grave ; elle est immobilisée au lit, anorexique, très amaigrie, incapable de se tenir sur ses jambes.

Nous avons appris récemment que la guérison s'était enfin produite spontanément (1901).

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance du D^r ABOULKER.)

M^{lle} F. K., 22 ans, d'Alger.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — En 1896, névralgie faciale rebelle à tous les traitements.

En 1897, l'état nerveux de la malade s'aggrave ; ses règles deviennent douloureuses ; l'état général est bon, mais les douleurs faciales augmentent, au point de faire penser à une sinusite maxillaire et d'entraîner une intervention par l'alvéole ; il ne se produit aucune issue de pus et, après une douzaine de jours, on laisse refermer le trajet.

La douleur n'a pas cédé à cette opération ; elle se localise successivement à la tête au lieu d'élection du clou hystérique, puis se fixe au niveau de la mastoïde droite. La malade a, à cette époque, de véritables paroxysmes douloureux. L'examen de l'oreille est négatif.

En 1898, la malade va à Paris et consulte M. Lermoyez, qui ne constate rien ni du côté de l'apophyse, ni du côté de l'oreille. La malade rentre à Alger avec les mêmes troubles douloureux qu'elle avait à son départ.

La peau de la région de l'apophyse est très sensible ; le moindre attouchement est douloureux. Il n'y a aucune modification d'aspect, ni de forme ; la région n'est pas œdématisée. Les ganglions rétro-auriculaires sont normaux.

Du côté de l'oreille, pas d'écoulement, ni ancien, ni récent.

Acuité auditive normale.

Amygdales normales. Bêflexe pharyngien très diminué.

Pas de paralysie faciale.

Hypoesthésie à gauche, avec zones d'anesthésie, rétrécissement concentrique du champ visuel, surtout pour le vert.

Sensation de boule, etc.

Devant la persistance des douleurs, la malade se fait trépaner ; l'intervention montre une apophyse et une oreille moyenne absolument saines.

L'opération n'a pas modifié l'état local ; elle a aggravé l'état général.

OBSERVATION IX

(Personnelle.)

M^{me} X..., femme d'une cinquantaine d'années, est adressée, le 19 septembre 1900, à l'un de nous par le Dr Brintet, pour une douleur violente siégeant au niveau de la mastoïde droite.

D'après les renseignements fournis par le Dr Brintet, cette malade a déjà présenté, à plusieurs reprises, des manifestations hystériques ; elle a de l'hémianesthésie gauche. De plus, vers la fin de 1899, elle eut des douleurs lombaires, accompagnées de tremblement dans les membres inférieurs, et guéries instantanément par l'application de quelques pointes de feu ; en janvier 1900, à la suite d'une grippe apparurent des crises de dyspnée avec douleurs vives en ceinture s'étendant jusqu'au niveau de la crête iliaque. En même temps, la malade présentait une fausse tumeur abdominale animée de battements. En février 1900, elle fut prise d'une diarrhée persistante. En mars, elle eut des hématomésas assez abondantes ; en juillet, de l'œdème douloureux à la jambe gauche.

Enfin, vers le 10 septembre, à la suite d'une chute sur la région occipitale, elle fut prise de douleurs violentes du côté de la mastoïde droite, profondes, augmentées par les mouvements de mastication. Le jour de la chute et les jours suivants se produisirent, du côté droit, des otorragies assez abondantes.

Pas de température, des vertiges, des nausées, mais pas de vomissements.

Depuis lors, les douleurs ont augmenté d'intensité ; elles laissent cependant à la malade des heures et même des demi-journées de répit. La mastoïde est douloureuse au toucher ; la douleur se prolonge dans la région du sterno-mastoïdien. La région mastoïdienne est le siège d'un gonflement manifeste. Devant la persistance et l'acuité de ces douleurs, le Dr Brintet, malgré la connaissance très exacte qu'il avait de l'existence de l'hystérie chez cette malade, pensa à la possibilité d'une mastoïdite chez une hystérique.

Quand nous vîmes la malade, les douleurs du côté de l'apophyse droite persistaient, mais le gonflement avait disparu.

L'examen de l'oreille permettait de constater sur la paroi postérieure du conduit auditif la trace d'une légère érosion, qui avait

évidemment été le point de départ de l'otorragie signalée plus haut.

Pas d'écoulement purulent.

Tympan normal. L'oreille gauche est également normale.

Nous conseillons un simple *traitement suggestif et, sous son influence, les douleurs disparaissent complètement et très rapidement.*

Le 24 octobre 1900, nous voyons cette malade avec le Dr Brinet : les douleurs mastoïdiennes n'ont pas reparu ; mais au commencement d'octobre, il s'est produit dans la moitié droite de la face un œdème de coloration érysipélateuse qui, à la suite de l'application d'une pommade anodine, passa au côté gauche.

Actuellement l'appareil auditif de la malade présente les particularités suivantes :

Tympan normaux, trompes libres.

Sensibilité du pavillon et du conduit normale à gauche, très diminuée à droite : le contact n'est pas senti ; la piqure est perçue comme contact.

Montre : O. D. = 0 m. 45 ; O. G. = 0 m. 55.

Voix chuchotée : > 5 mètres des deux côtés.

Acoumètre : > 5 mètres des deux côtés.

D. F., D. V., D. D., ne sont pas perçus avec ut_1 , ut_3 , ut_4 , ut_5 , ut_6 ; avec ut_2 , il existe une légère perception latéralisée à gauche ; l'oreille droite n'entend rien.

Sur la mastoïde droite, le diapason n'est pas perçu ; il l'est faiblement sur la mastoïde gauche.

Par la voie aérienne, les diapasons faiblement perçus à gauche ; presque pas à droite.

Les pressions centripètes diminuent considérablement l'audition du diapason par l'oreille gauche ; elles n'ont pas d'action à droite (le diapason n'est pas perçu par voie osseuse de ce côté).

L'examen de la sensibilité générale permet de constater l'anesthésie du membre supérieur gauche et de la partie droite de la tête ; la sensibilité est normale dans la moitié gauche de la tête et au membre supérieur droit.

OBSERVATION X

(Personnelle.)

M^{lle} Marie P... 13 ans 4/2. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade a eu successivement une

bronchite à 2 ans 1/2, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la fièvre typhoïde à 9 ans. Pas de convulsions.

A 3 ans, elle aurait reçu, au niveau de la région mastoïdienne droite, un coup de pied de vache, qui la fit violemment souffrir.

Elle n'aurait pas été nerveuse jusqu'à l'âge de 9 ans ; à cette époque, elle fut mordue par un chien ; quinze jours après, un autre chien la renversa dans la rue ; elle eut dans les deux cas une vive frayeur. Une quinzaine plus tard, elle eut une nouvelle frayeur en voyant pendant la nuit son père se lever et se promener dans la chambre où elle couchait. Huit jours après, apparut une chorée qui fut traitée à la Charité dans le service de M. Colrat. L'enfant fit ensuite deux séjours à Giens. Vers l'âge de 11 ans, otite droite.

En janvier 1901, la malade eut un nouvel écoulement purulent de l'oreille droite ; il s'accompagna bientôt de *vives douleurs du côté de la mastoïde* et, le 24 janvier, la malade entra à la Charité dans le service de M. Nové-Josserand. A ce moment, la palpation de l'apophyse était très douloureuse ; la région était le siège d'empatement ; elle était un peu augmentée de volume.

L'examen du système nerveux n'a pas été fait à cette époque.

Le 28 janvier 1901, M. Nové-Josserand se décide à intervenir ; la *trépanation montre une apophyse saine* et ne donne lieu à aucune issue de pus.

Les suites de l'opération furent simples.

Une amélioration dans l'état de l'enfant suivit immédiatement la trépanation, mais elle ne dura guère.

Un mois après, les douleurs reparurent et, fin mars, l'enfant était amenée par sa mère à la consultation des maladies de l'oreille.

Les douleurs du côté de l'apophyse sont intenses, continues, avec des exacerbations passagères, la pression les exagère mais la simple pression de la peau est presque aussi douloureuse que celle de la mastoïde. Ni œdème, ni empatement de la région.

L'enfant a en outre une céphalée persistante ; elle n'a de goût pour aucun jeu et reste toute la journée assise dans un coin, occupée seulement à souffrir.

Elle n'a jamais eu de crise hystérique, mais fréquemment elle éprouve à la gorge une sensation de constriction. Elle est très nerveuse, au dire de sa mère.

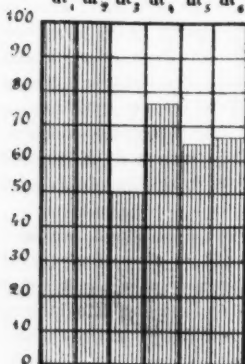
L'examen somatique nous fournit les renseignements suivants :

Sensibilité cutanée : hémihypoesthésie droite sur les membres et le tronc ;

Sensibilité normale des deux côtés sur la face.

Perception crânio-tympanique

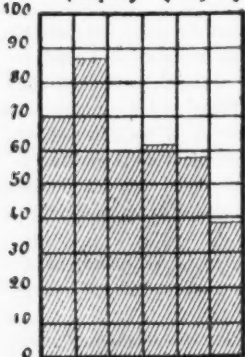
C c c' c" c³ c'
ut, ut, ut, ut, ut, ut,



Oreille gauche

Perception aérienne

C c c' c" c³ c'
ut, ut, ut, ut, ut, ut,



Oreille gauche

Sensibilité des muqueuses normale des deux côtés, partout, sauf au pharynx où elle est diminuée des deux côtés.

Zones hystérogènes sus-mammaires et ovariennes.

Pas de rétrécissement du champ visuel; pas de diplopie; pas de dyschromatopsie; un peu d'hypermétropie de l'œil droit.

Goût normal des deux côtés.

Odorat un peu diminué à droite.

Oreille. — Tympan gauche normal.

Sur le tympan droit (1), petite bride partant de l'umbo se dirigeant en arrière et en bas; reflet lumineux circulaire à la hauteur de l'umbo et un peu en avant de lui; petit reflet lumineux au-dessous du premier. Pas d'écoulement.

Pas de lésion de l'oreille externe.

Trompes libres; pas d'affection du nez, ni du naso-pharynx, ni de la cavité buccale.

Pas de bourdonnements, quelques vertiges accompagnés de nausées, mais sans vomissements.

Montre : O. D. = 0,15; O. G. = 1,50.

Voix chuchotée : O. D. = 1,30; O. G. > 5.

D. V. latéralisé à gauche, entendu à droite, mais plus faiblement.

(1) Le tympan droit présentant des lésions, nous ne donnons pas les diagrammes figurant l'état de l'audition de ce côté, car il serait impossible d'y démêler exactement la part de la lésion et celle de l'hystérie.

Rinne + des deux côtés pour ut_5 ; — des deux côtés pour ut_1 et ut_6 .

Rinne + à droite pour ut_2 et à gauche pour ut_3 et ut_4 .

Rinne — à droite pour ut_3 et ut_4 et à gauche pour ut_2 .

Les pressions centripètes suppriment à droite comme à gauche l'audition du diapason +.

Bing + ; Corradi +.

2 avril. — Nous faisons à la malade un *cathétérisme suggestif* de la trompe droite.

5 avril. — L'enfant est très améliorée, les douleurs mastoïdiennes sont bien moins vives ; la pression de l'apophyse est encore douloureuse, mais supportable. Nous pratiquons un nouveau cathétérisme en déclarant à la malade qu'un troisième sera inutile et qu'elle doit nous revenir complètement guérie à la prochaine consultation.

9 avril. — L'algie mastoïdienne a complètement disparu ; les pressions les plus fortes sont supportées sans douleur.

OBSERVATION XI

(Personnelle et résumée).

M^{me} X., 29 ans, religieuse cloîtrée dans un couvent des environs de Lyon, a présenté à diverses reprises des accidents d'otorrhée à droite. Plusieurs fois elle fut examinée par l'un de nous qui put constater l'existence d'une perforation ovalaire dans le quadrant antéro-inférieur, avec un léger écoulement muqueux et un peu de tuméfaction au niveau du promontoire. Quelques soins antiseptiques avaient régulièrement raison de cette légère suppuration et faisaient disparaître les douleurs vives dont la malade se plaignait au niveau de l'apophyse. Mais la malade était vivement frappée de ces douleurs mastoïdiennes qui devinrent pour elle une véritable obsession lorsqu'elle sut qu'une enfant du pensionnat avait dû être opérée de mastoïdite : elle se faisait expliquer chaque fois les lésions possibles de l'apophyse et demandait à être opérée elle-même.

Il y a deux ans et demi, nous fûmes appelé par le médecin habituel du couvent pour voir cette malade qui se plaignait à nouveau de douleurs très vives, avait perdu le sommeil, etc. Bien qu'il n'y eût pas de tuméfaction au niveau de l'apophyse et qu'il n'y eût pas de suintement de l'oreille moyenne, on admit la possibilité de

lésions antrales et la trépanation fut pratiquée : elle démontra que l'apophyse était absolument saine.

La malade fut absolument guérie de tous ses phénomènes douloureux et nous savons que la guérison s'est maintenue depuis. Un examen ultérieur nous avait démontré que la malade était une ancienne hystérique avec points hyperesthésiques multiples et légère hémi anesthésie.

II. — ALGIE MASTOÏDIENNE A FORME DE MASTOÏDITE COMPLIQUÉE D'ACCIDENTS CÉRÉBRAUX

Dans toutes les observations précédentes, la douleur s'est localisée à l'apophyse. Elle est parfois assez légère et nous aurions pu citer de plus nombreux exemples d'otalgie hystérique plus ou moins fugace comme certains auteurs⁽¹⁾, et entre autres Gradenigo, en ont rapporté. D'autres fois elle est assez sévère pour donner le change et faire intervenir pour une mastoïdite qui n'existe pas. Au total, l'intervention ici n'a pas grand danger, malgré qu'il nous serait possible de citer un cas où le chirurgien blessa le facial et où la difformité consécutive aggrava singulièrement les phénomènes psychiques de l'hystérique en cause. Mais le plus souvent, si l'opération a été précédée de l'affirmation suggestive de la guérison, la malade s'en trouve bien :

(1) OTTO KÖRNER (*Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins*, p. 147, Wiesbaden, 1899) dit avoir observé plusieurs cas de douleurs de la mastoïde ayant persisté pendant des années, et s'irradiant de l'apophyse au crâne.

Dans un cas, l'opération fut pratiquée sur l'insistance du médecin habituel : les douleurs furent encore plus fortes après l'opération.

Dans un autre cas, « un homme, dit Körner, vient me trouver pour des douleurs violentes de l'apophyse ayant résisté à une intervention, d'ailleurs parfaite, pratiquée pour une mastoïdite aiguë. Pendant trois ans, je refusai au malade une deuxième opération. Finalement, il s'adressa à un chirurgien, qui l'opéra, mais trouva un os sain. Après la guérison de la plaie opératoire, le malade revint vers moi et me demanda une troisième opération, que je lui refusai. S'était-il agi ici d'hystérie mâle, je ne puis l'affirmer, car le malade, en suite de sa profession de fondeur de caractères d'imprimerie, eut de l'intoxication plombique et des coliques saturnines; il contracta, dans la suite, de l'arthropathie et, finalement, de l'encéphalopathie saturnine.

l'effet de la suggestion opératoire peut cependant être nul si les médecins ont tergiversé ou si la malade a eu plusieurs avis contradictoires comme par exemple dans notre observation VII.

Mais parfois les symptômes cérébraux dominent la scène : on croit la mastoïdite compliquée de méningite ou d'abcès cérébral. Si on opère, on voit à quels dangers on s'expose, même quand il ne s'agirait que du trou persistant dans la boîte crânienne. L'un de nous a eu l'occasion de voir, lors d'un passage à Lyon, une jeune fille de 16 ans qui, dix mois auparavant, avait eu à l'oreille gauche un abcès ayant duré deux mois et demi à trois mois : elle était alors à la campagne et peu après sa rentrée à Paris, au mois d'octobre, elle présentait des accidents assez sérieux du côté de l'apophyse pour qu'un chirurgien des plus connus n'hésitât pas à trépaner la mastoïde. N'ayant rien trouvé, il provoqua une consultation à laquelle assistaient, outre le médecin traitant, un autre chirurgien des hôpitaux et deux agrégés des plus compétents en pathologie nerveuse. Le résultat de la consultation fut qu'il existait un abcès cérébral et la trépanation du crâne fut pratiquée. Elle fut absolument négative et les mêmes médecins, réunis dans une nouvelle consultation, devant la gravité de la situation, maintinrent leur diagnostic d'abcès encéphalique et proposèrent la trépanation du cervelet. Mais celle-ci ne fut pas acceptée par la famille et trois semaines plus tard la malade était debout et guérissait d'une façon complète, y compris la récupération de l'audition, ne gardant de tout cela que des cicatrices de la membrane tympanique et une solution de continuité de sa boîte crânienne.

Sans pouvoir se prononcer sur un cas qu'on ne connaît que par le récit du malade, n'était-il pas permis de penser que l'hystérie avait joué un rôle dans la production des accidents ? D'ailleurs ce diagnostic rétrospectif trouvait une confirmation dans l'examen de la jeune malade.

Voici quelques observations de même ordre où le diagnostic a pu être hésitant et où l'on a pu songer à des accidents de suppuration intra-cérébrale, d'origine otique, mais dans lesquelles il n'y a heureusement pas eu d'intervention.

OBSERVATION XII

(FURET, *Arch. interm. de lar.*, 1896, n° 6, p. 630.)M^{me} C., trente ans.

43 mai. — Violente douleur de l'O. D., enchifrènement et obstruction nasale. Suppuration fétide à l'O. G. depuis trois ou quatre ans.

Pas de zone hystérogène; depuis plusieurs années hyperesthésie du cuir chevelu. Inflammation considérable des muqueuses du nez et du pharynx; hypertrophie des cornets inférieurs; amygdales et piliers très larges surtout à droite.

Tympan D. un peu enfoncé; apophyse du marteau saillante, manche légèrement injecté; audition diminuée.

A gauche, suppuration abondante; vaste perforation ovalaire en arrière; le pus semble couler de haut. T. = 37°6.

Glycérine phéniquée au 1/10 à D.; au 1/30 à G. Pommade boriquée. Gargarismes au salol.

44 mai, soir. — T. = 39 degrés et sans qu'il n'y eût aucune douleur, il se faisait dans la nuit une petite perforation punctiforme en avant du manche.

45 mai, matin. — Large paracentèse en arrière pour donner un écoulement suffisant au pus. Le soir T. = 39 degrés.

46 mai, matin. — T. = 37°4, légère douleur à la pointe de la mastoïde. Pansements à gaze iodoformée. Malade soulagée.

49 mai. — L'état nerveux s'accuse. Vive douleur à tout le côté droit de la tête « comme s'il y avait là un vésicatoire ». 37°9. Ecoulement un peu moins abondant. Douche d'air.

20 mai. — Douleur a cessé. — Température normale.

22 mai. — Céphalalgie occupant le côté droit de la tête; vertige, M^{me} C... ne peut rester assise dans son lit. Même état de l'oreille; perforation non refermée, écoulement abondant; pas de température. Audition mauvaise. Gaze iodoformée mal tolérée remplacée par glycérine phéniquée à 1/30.

La maladie traîne pendant un mois. Ecoulement abondant, perforation largement ouverte.

La malade se plaint tantôt de douleurs mastoïdiennes, sans que l'apophyse mastoïde présente le moindre changement dans sa forme, son volume, sa coloration, tantôt de céphalée localisée, surtout à la région sus-orbitaire et frontale du côté droit. Pas de

température. Nervosisme se traduisant surtout par une infériorité mentale nettement accusée.

15 juin. — Apparition des règles avec un retard de trois semaines.

16 juin. — Facies grippé, céphalée, douleurs mastoïdiennes plus vives.

17 juin, matin. — Tout a disparu; un peu d'exubérance.

17 juin, soir. — Un peu avant cinq heures, la malade, assise dans sa chambre, se lève brusquement, l'œil hagard, articulant des mots incohérents; on la couche. Elle semble inconsciente, cherche à se dérober aux questions, ne cesse d'articuler à mi-voix des syllabes sans sens ni suite; c'est plutôt un bredouillement que de l'aphasie vraie. Sa main droite est fixée sur le front comme pour indiquer la place douloureuse. La malade change continuellement de position. Elle répond quand on lui parle assez fort pour fixer son attention: « oui, non, je veux bien ». « Je vous en supplie »...

Indifférente, elle paraît vouloir dormir.

Ni myosis, ni contractures, ni strabisme, ni paralysie.

36°8 dans l'aisselle. Pouls: 80. Réflexes rotuliens très exagérés.

Avec le Dr Baudier nous pensons à l'hystérie.

Mais, à 8 h. 1/2 du soir, il y a eu deux vomissements alimentaires. Température axillaire, 38,4. Pouls, 96.

Dépression physique et intellectuelle plus accentuée; état quasi-comateux; malade en chien de fusil. Ni sucre, ni albumine.

Avec Gilles de la Tourette nous pensons à une suppuration intracérébrale d'origine otique, méningite suppurée diffuse ou abcès du lobe temporal gauche.

Langue sale, haleine fétide, 4 gramme de calomel en deux doses, lavements purgatifs.

Le lendemain matin, après l'émission de selles abondantes, infectes, le sommeil devient tranquille: plus de température, langage compréhensible, un peu de bredouillement: « il faut m'oreiller mon oreille », dit encore la malade, mais cet état disparaît bientôt.

Fin juin. — La suppuration est tarie à droite, elle est tarie à gauche seulement depuis quelques semaines.

Donc pseudo-méningite hystérique sous la dépendance probable d'un vulgaire embarras gastrique. La suppuration des deux oreilles était restée étrangère à ces graves symptômes cérébraux.

OBSERVATION XIII

(Personnelle.)

Le nommé H. V..., dix-huit ans, m'est adressé le 26 février 1898 ; antécédents nerveux nets dans la famille ; le père est légèrement alcoolique, très nerveux, a de violentes colères ; la mère a eu des crises hystériques pendant plusieurs années.

Le malade est fils unique ; il a eu la variole à l'âge de 4 ans et, depuis lors, les oreilles n'ont pas cessé de couler par intermittences.

Les retours de l'otorrhée sont habituellement précédés de phénomènes qui ont fait plusieurs fois songer à la méningite et c'est actuellement parce que *son médecin croit à la possibilité d'un abcès cérébral*, qu'il me l'envoie. Depuis deux jours le malade a de violents maux de tête, une insomnie complète, une légère élévation de la température et un véritable délire.

Pendant quatre jours, après sa première visite, ce délire ne fit que s'accentuer ; le malade avait des idées de suicide, voulait « mourir avec sa mère » : à un moment il dit à son père qu'il voulait l'embrasser et le mordit ; il avait aussi des scrupules religieux, craignait de ne pas aller au ciel, etc. Pas de signe cependant autorisant le diagnostic d'abcès cérébral ; aucun trouble du côté de la musculature, du côté des yeux ; pas de douleur localisée.

12 mars. — L'écoulement était devenu abondant dans les deux oreilles et tous les phénomènes avaient disparu ; le malade, très raisonnable, ne se plaignait plus que de sa surdité.

L'examen des oreilles montre des tympons qui ont été totalement détruits des deux côtés et pour lesquels il se fait une cicatrisation partielle sur le promontoire. Des deux côtés les manches du marteau sont conservés et adhérents au promontoire.

Le malade entend la montre au tragus fort à droite et au pavillon à gauche.

Pas de Weber ; Rinne + des deux côtés

L'écoulement s'arrête rapidement sous l'influence du traitement et tout rentre dans l'ordre.

30 juillet 1899. — Nouvelle crise, qui dura huit jours et fut précédée également de douleurs dans l'oreille droite ; le malade se plaignait de maux de tête, disait qu'il ne voyait plus clair, se

débattait dans de véritables crises hystériques subintrantes, voulait se sauver de chez lui, au point que plusieurs personnes furent obligées de le maintenir pendant toute une nuit.

En octobre 1899, en mars 1900, en janvier 1901, des crises analogues se reproduisirent; elles sont précédées toujours de douleurs auriculaires, à l'exception de la dernière, qui doit être attribuée à un léger accès alcoolique.

Le malade est nettement hystérique, il a fréquemment une sensation de constriction à la gorge, avec angoisse, palpitations; ses pieds deviennent glacés, il se couvre de sueur. Sa mère dit qu'il ne l'a jamais quittée et qu'il n'est jamais sorti seul; il a quelques bizarreries de caractère: ainsi sa mère raconte que, chaque soir, en revenant du travail, il est taquin, rit, chante, extravague un peu; le matin, au contraire, il est très calme et très gentil pour elle.

Comme stigmates, il a un peu d'hypoesthésie dans toute la moitié droite du corps; la pression du testicule est hystérogène. Les réflexes sont forts et le champ visuel est légèrement rétréci des deux côtés.

OBSERVATION XIV

(Personnelle).

M. Claude C., 43 ans, fut adressé en avril 1900 à l'un de nous par le Dr Crozat, de Givors. Il semble avoir eu des écoulements d'oreille dans l'enfance ayant laissé une surdité légère à gauche. Il raconte qu'il y a vingt ans il avait eu à droite une suppuration d'assez longue durée, soignée et guérie par Garrigou-Desarènes.

Au mois de février il avait eu une attaque de grippe assez grave, avec albuminurie et consécutivement les deux oreilles avaient recommencé à suppurer. Granulations à droite dont l'une vient au lavage.

Très impatient de son mal, C. alla ensuite consulter deux ou trois autres confrères dont l'un, notre ami le Dr Royet, nous fit appeler un jour en consultation dans une maison de santé où le malade était entré avec des accidents assez sérieux pour faire penser à la nécessité d'une trépanation de l'apophyse. Dans la nuit tout avait disparu, de sorte que nous n'eûmes d'autres conseils à donner au malade que de rentrer chez lui et de soigner son écoulement qui persistait. Le Weber était gauche, le Rinne — à

D, + à G. L'audition nulle à D, égalait 30 centimètres pour la montre à gauche.

Un mois plus tard, nous étions appelé en consultation à Givors par le Dr Crozat. Le malade avait été repris des mêmes accidents, douleurs mastoïdiennes violentes, vertiges lorsqu'il veut lever la tête, céphalée intense depuis l'articulation temporo-maxillaire jusqu'à l'occiput à droite, peu de température. Nous nous laissons impressionner par cet appareil symptomatique et la trépanation de l'apophyse fut pratiquée le 19 mai. En dehors d'un peu d'ostéite condensante, la mastoïde était parfaitement saine.

Mais l'opération n'amena aucune détente : bien qu'il n'y eut pas de température, les accidents parurent s'aggraver. La céphalée devint plus intense, le malade avait le facies grippé, poussait des cris si on voulait le remuer, parlait avec difficulté, etc... Le Dr Jaboulay, qui l'avait déjà vu, fut appelé en consultation pour lui demander l'opportunité d'une intervention intra-céphalique à laquelle il se refusa momentanément. Bien en résulta d'avoir ainsi différé l'opération, car peu à peu tout rentra dans l'ordre et le malade, trois mois plus tard, était complètement guéri et ne conservait plus que quelques vertiges qui cependant ne l'empêchaient pas d'aller pêcher la truite sur les enrochements du Rhône.

Le malade a été revu fréquemment depuis et tout récemment encore. Sans présenter de stigmates nets d'hystérie et sans avoir jamais eu de crises, il a du clignement des paupières, du tremblement de la langue et des doigts. Il a toujours été exalté, excité, s'occupe de nombreuses affaires à la fois et des plus disparates : c'est un névropathe au premier chef.

• •

Etiologie. — L'algie mastoïdienne se rencontre plus volontiers dans le sexe féminin et chez des sujets jeunes ; elle se voit d'ordinaire chez des malades ayant ou ayant eu autrefois une lésion auriculaire, qui aura déterminé la localisation de la névrose. Un traumatisme sur la région de l'apophyse pourra servir de cause déterminante. Quant à la possibilité d'une algie mastoïdienne sans lésion ancienne ou récente de l'oreille et sans traumatisme, nous ne la nions évidemment pas, mais c'est là certainement un cas extrêmement rare ; nous n'en avons pas personnellement rencontré d'exemple.

Symptomatologie. — Au moment où se produit l'algie mastoïdienne, tantôt l'examen de l'oreille permet de constater une oreille saine ou plus ou moins cicatricielle mais sèche, tantôt au contraire il montre une suppuration plus ou moins abondante : on comprend aisément la difficulté qu'une semblable constatation peut réserver pour le diagnostic.

Mais ce qui domine la scène tout entière, c'est l'intensité de la réaction douloureuse.

Celle-ci n'apparaît pas brusquement en général ; elle s'installe peu à peu ; c'est souvent après la guérison d'une otite que se produisent les premiers phénomènes ; une douleur d'abord sourde, puis aiguë, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes, s'irradie de l'oreille qui a été malade à la tête. La céphalée est d'ordinaire plus violente du côté où a eu lieu la suppuration ; puis cette douleur gagne les régions périauriculaires et finalement s'installe définitivement sur la mastoïde. Localisée parfois à la pointe, elle peut simuler une mastoïdite de Bezold.

L'apophyse est douloureuse spontanément ; la douleur est continue avec des lancées intermittentes.

La pression profonde est insupportable ; la pression superficielle est également pénible ; le moindre attouchement de la peau exaspère la douleur.

Parfois même il y a de la rougeur superficielle, de l'empâtement, de l'œdème rétro-auriculaire ; ces phénomènes peuvent s'étendre le long du sterno-mastoïdien. En même temps, l'état général supporte le contre-coup de cet état douloureux ; le malade perd l'appétit, passe son temps à gémir et à souffrir et arrive parfois à un état de cachexie considérable.

La forme ordinaire de l'algie mastoïdienne peut donc présenter des cas presque latents et des cas graves ; entre les uns et les autres, la transition est insensible. Le degré de réaction de l'état général, et aussi l'absence ou l'existence, sur la région de l'apophyse, de rougeur, d'empâtement, etc., servent de base à cette différenciation.

Quelquefois même des symptômes cérébraux viennent encore jeter le doute dans l'esprit du médecin : il peut y avoir du délire, des hallucinations, de la fièvre et tout un cortège de

phénomènes nerveux et généraux graves. Cet état est souvent assez prononcé pour faire craindre une mastoïdite latente ou en évolution, ou même des complications encéphaliques.

Le malade, du reste, devant la persistance et l'acuité de ses douleurs, demande à grands cris une intervention.

C'est alors qu'il ne faut pas se contenter, suivant l'expression de Lermoyez, d'examiner les oreilles « avec la gouge et le maillet ».

Or, l'état local de l'oreille tranche ici avec l'appareil symptomatique alarmant : pas de lésions ou des lésions d'apparence insignifiante.

Mais il pourrait exister une mastoïdite latente : l'examen du système nerveux sera alors souvent des plus précieux ; il permettra de constater des stigmates hystériques qui fourniront l'explication de la nature de cette douleur si vive et si tenace sans cause objective suffisante ⁽¹⁾.

L'hystérie auriculaire peut être cependant, nous le savons, monosymptomatique : la recherche du syndrome otique de l'hystérie rendra alors de grands services.

Sans doute il vaut mieux trépaner inutilement dix mastoïdes que de laisser une seule fois du pus dans l'apophyse sans aller l'y chercher ; mais un examen minutieux permettra un *diagnostic* qui parfois cependant est des plus délicats.

Le diagnostic de mastoïdité est fait comme à l'ordinaire.

L'absence de phénomènes objectifs aigus du côté de l'oreille ;

La coexistence de stigmates hystériques ;

La présence du syndrome otique de l'hystérie ;

Le mode d'établissement de la douleur mastoïdienne, sa persistance ;

L'existence d'une douleur superficielle de la peau recouvrant l'apophyse, parfois aussi vive que celle provoquée par la pression de la mastoïde ;

L'évolution générale de l'affection ;

Seront les principaux éléments du diagnostic de la nature hystérique de cette mastoïdite.

La percussion de l'apophyse et l'éclairage électrique seront

(1) F. CHAVANNE. — *Loc. cit.*

négatifs, mais il ne faut pas ajouter à ces signes une importance exagérée.

Un examen minutieux de l'oreille et du système nerveux pourra ainsi, dans un nombre de cas que nous croyons assez considérable, sauver la mastoïde de la trépanation.

Le pronostic n'est pourtant pas toujours bénin ; les algies mastoïdiennes revêtent parfois une persistance désespérante, qui peut même survivre à une opération inutile. La manière dont on a été conduit à celle-ci, les hésitations que le malade a vues dans l'esprit du médecin, sont autant d'empêchements à la disparition d'une douleur hystérique.

Traitement. — Une suggestion bien dirigée, au contraire, permettra souvent de se rendre maître de l'algie mastoïdienne ; au besoin même, l'incision suggestive de la peau recouvrant la mastoïde pourra être pratiquée, mais on aura eu soin au préalable d'annoncer au malade sa guérison immédiate et complète.

Cet article était composé et la thèse de l'un de nous soutenue devant la Faculté de Médecine de Lyon (conclusions déposées le 29 mars et thèse soutenue le 20 avril 1901), lorsque nous avons eu connaissance d'un très intéressant travail publié par les D^{rs} M. Liaras et A. Bouyer dans la *Rev. hebdomadaire de Laryngologie* (13 et 20 avril) avec le titre : *Des algies hystériques de la mastoïde (Pseudo-mastoïdites)*. Il est basé sur cinq observations personnelles, recueillies aux cliniques de Pitres, Moure et Régis.

Les auteurs ont établi leurs divisions cliniques sur l'absence de toute lésion de l'oreille ancienne ou récente ou au contraire sur la présence d'une affection de l'oreille, soit aiguë, soit complètement éteinte et cicatrisée. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire leurs observations personnelles.

NOUVELLES RECHERCHES
CONCERNANT L'ACTION DE L'AIR CHAUD SUR LES
MUQUEUSES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Par **M. LERMOYEZ** et **G. MAHU**.

Nous avons poursuivi depuis l'année dernière les études que nous avons entreprises sur l'application de la chaleur sèche au traitement de certaines affections des muqueuses des premières voies respiratoires, études qui ont déjà fait l'objet de publications à la dernière réunion de la Société française de Laryngologie et au XIII^e Congrès international de médecine du mois d'août 1900.

Nous consignerons dans ce qui va suivre les résultats obtenus ; mais nous tenons auparavant à compléter notre travail de l'an dernier en réparant dans l'Historique certains oublis involontaires que les auteurs nous ont eux-mêmes signalés, et en analysant quelques travaux qui ont paru depuis sur la question.

1^o M. E. Larue Vansant, de Philadelphie, nous a fait parvenir trois brochures publiées sur le sujet qui nous intéresse, le 1^{er} juin 1897, le 3 mai 1898 et le 17 mai 1899 (1).

(1) E. LARUE VANSANT, M. D. — 1^o A novel method for the use of dry heat in middle ear disease, otalgia, etc. (Communication au 48^e Congrès annuel de l'association médicale américaine, tenu à Philadelphie du 1^{er} au 4 juin 1897.)

2^o A new and successful treatment of certain forms of headache.

3^o A novel treatment of certain forms of headache, deafness and of tinnitus aurium ; second paper. (*Philadelphia Medical Journal*, 7 mai 1898 et 9 septembre 1899.)

Dans la première de ces publications, l'auteur dit avoir appliqué le traitement par l'air chaud et sec dans un grand nombre de cas d'affections d'oreilles, à savoir : *dans l'otalgie, dans l'otorrhée, dans les catarrhes tubaires*, ainsi que pour pallier la douleur consécutive à la rupture du tympan au cours d'une otite moyenne aiguë.

Larue Vansant affirme, de plus, avoir utilisé cette méthode dans nombre d'affections de la gorge et du nez, et dit être à même d'insuffler, à l'aide d'une canule recourbée en caoutchouc durci, de l'air chaud dans la trachée. Il ne présente aucune observation à l'appui de ce travail.

L'instrument qu'il emploie, imaginé par lui, a la forme d'un revolver dont la crosse serait tenue dans la main du médecin. Le barillet, renfermant un morceau de charbon, est chauffé sur la flamme d'une lampe à alcool. L'air est amené à l'arrière par un tube souple communiquant avec une poire en caoutchouc ou un réservoir d'air comprimé. L'air chaud sort par le canon, sur l'extrémité libre duquel se fixent deux sortes de canules effilées, l'une droite, l'autre courbe, en métal ou en caoutchouc durci.

Dans les deuxième et troisième publications, Larue Vansant préconise l'emploi de l'air chaud et sec insufflé avec force dans les cavités accessoires des fosses nasales pour le traitement de certaines formes de *maux de tête* localisés pour la plupart à la région frontale.

Il présente à l'appui dix-huit observations de malades souffrant de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, parfois de surdité provenant de causes diverses, parfois de rhinites purulentes ou atrophiques, d'autres fois de sinusites frontales aiguës, ou bien encore de catarrhe des fosses nasales avec ou sans éperons de la cloison, hypertrophie des cornets ou polypes muqueux.

La plupart de ces malades furent soulagés très rapidement en un petit nombre de séances, souvent même en une seule dont Vansant n'indique pas la durée.

L'auteur explique l'effet rapide produit par le traitement en ce que l'insufflation violente de l'air chaud détruit l'obstruction des ostium faisant communiquer les sinus avec les

fosses nasales, débarrasse ces cavités des amas liquides ou gazeux qui les encombre, puis fait pénétrer, à la place, de l'air à la pression atmosphérique.

2° M. Læwenberg a bien voulu nous rappeler qu'il s'était occupé avant nous du traitement de certaines affections par l'air chaud.

Nous citons textuellement les paroles de M. Læwenberg au Congrès international de Médecine de 1900 ⁽¹⁾, n'ayant trouvé dans la littérature médicale aucune autre publication de l'auteur sur ce sujet :

« M. Læwenberg (de Paris) pense qu'il serait très intéressant d'essayer cette méthode dans l'ozène qu'il croit toujours de nature parasitaire. Une température de 60 à 70° serait certainement plus que suffisante pour tuer toutes les bactéries présentes et décider en même temps si la théorie de M. Læwenberg est juste.

« Il rappelle qu'il a essayé, il y a longtemps, d'assécher des otorrhées anciennes par un courant d'air chaud ayant traversé un flacon plein de chlorure de calcium. »

3° Le professeur Hessler, de Halle, dans un article paru en septembre 1900 ⁽²⁾, rappelle qu'il a appliqué, de 1880 à 1887, le traitement par l'air sec à différents malades (traitement recommandé par Andrews, de New-York, dans le *Zeitschrift für Ohrenh.*, XXXVI, page 315), dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne après ablation de granulations et nettoyage de la caisse.

Andrews appuyait ses expériences sur ce fait qu'un terrain sec est un mauvais milieu de culture. Il avait imaginé dans ce but un instrument spécial permettant de diriger dans tous les sens, et sous le contrôle du miroir, de l'air chauffé en le

(1) Compte rendu officiel du XIII^e Congrès international de Médecine (section de Laryngologie), page 212.

(2) Prof. F. HESSLER. — Du traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par l'air sec. (*Archiv. für Ohrenh.*, septembre 1900.)

faisant passer dans un cylindre métallique placé au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Hessler s'est servi ensuite d'*air chaud phéniqué*. Son appareil se composait d'un ballon contenant 100 grammes de solution phéniquée de 3 à 5 % et obturé par un bouchon en caoutchouc traversé par deux tubes en verre coudés, à angle droit, dont l'un, amenant l'air et relié avec un double ballon de Lucæ, plongeait de deux à trois doigts dans le liquide. L'autre tube, conduisant l'air au dehors, ne plongeait pas dans le liquide ; la longueur de ce dernier et sa courbure angulaire empêchaient l'arrivée d'une goutte d'eau phéniquée jusqu'à l'oreille.

Après nettoyage et séchage de l'oreille moyenne, l'air, fortement chargé d'acide phénique, était amené sur les parties malades au moyen d'une canule en gomme suffisamment étroite pour ne pas obstruer le conduit.

Le professeur Hessler a fait d'abord application de ce procédé au début de toute inflammation chronique de l'oreille moyenne, quand la perforation du tympan était suffisamment grande, et en écartant les cas où l'on constatait la présence d'un pus granuleux et abondant. Il l'employa ensuite chez des individus forts et bien portants par ailleurs, et chez lesquels l'otorrhée avait diminué assez notablement depuis 3 à 8 semaines pour écarter l'idée de trépaner la mastoïde.

Le procédé échoua dans les cas chirurgicaux où, après ouverture de l'antre, on rencontrait des fongosités ou du cholestéatome.

Le professeur Hessler conclut en affirmant que, loin de recommander ce procédé, il déclare s'opposer au passage dans la pratique du traitement par l'air chaud phéniqué, préconisé par Andrews et qu'il a abandonné depuis 1887. Il ne reconnaît aucune action durable aux séances brèves d'application d'air à une température peu élevée pendant 5 minutes et même plus.

En effet, d'après les enseignements de la bactériologie, le degré de chaleur qui, expérimentalement, tue les microorganismes en un temps donné, ne peut être utilisé sans danger de brûlure pour les parties délicates de l'oreille ; d'autre part,

un degré de chaleur moindre ne peut que rester sans effet.

4° M. E. Amberg, de Michigan (Etats-Unis), nous a fait parvenir un petit article paru en juin 1898 ⁽¹⁾ et dans lequel il reconnaît à l'air chaud la propriété de déterminer une réaction saine et vigoureuse dans le traitement des affections de la muqueuse nasale.

Amberg a imaginé et appliqué d'autre part, dans un cas d'ozène, un petit instrument composé d'un tube en U, à parois pleines ou percées, et dans lequel on fait circuler un courant d'air chaud pur ou chargé de principes médicamenteux.

Après avoir humidifié la fosse nasale en pulvérisant de l'eau boriquée, on y introduit ce tube, recouvert de gaze : on le laisse en place une dizaine de minutes pendant lesquelles on fait passer un courant d'air chaud, à une température supportable pour le malade.

Au bout de ce temps, les croûtes adhèrent fortement à la gaine du tube et sont ainsi facilement retirées de la fosse nasale.

5° Dans un premier travail communiqué dans la session de la Société de Laryngologie de Paris, du 9 novembre 1900 ⁽²⁾, Lichwitz donne la description d'un appareil propulseur de l'air destiné à remplacer les réservoirs d'air comprimé, dont nous nous servons, et qu'il est difficile de se procurer en province.

« C'est une pompe mue par l'électricité, à débit facile à régler, qui produit le courant d'air sous une pression voulue. Cet air passe ensuite dans le générateur à air chaud.

« L'appareil se compose d'un moteur électrique d'un demi-cheval qui, au moyen d'un volant, actionne une pompe à

(1) EMIL. AMBERG. — Two new instruments for applying thermal treatment to the mucous membrane of the nose. (*The Laryngoscope*, Saint-Louis, juin 1898.)

(2) LICHWITZ (de Bordeaux). — Appareil propulseur de l'air pour le traitement aérothermique des fosses nasales. (*Arch. intern. de laryng. d'ot. et de rhinol.* T. XIV, n° 1, janvier-février 1901).

double effet. Le moteur électrique de 120 volts est monté en dérivation ; le circuit de l'excitation se fait directement par un commutateur.

« Le réglage de la force électrique est obtenu par un circuit de trois lampes, de débit différent, montées en série.

« Pour éviter l'intermittence de la pression de l'air fourni par la pompe, on a intercalé un réservoir en caoutchouc qui rend cette pression constante.

« Les avantages de cet appareil sont :

« 1^o Le réglage facile de la pression de l'air et partant de sa température à la sortie du tube. Ce réglage s'obtient par l'emploi d'un courant d'une intensité plus ou moins forte.

« 2^o On est soi-même son producteur d'air et l'on évite ainsi les inconvénients des commandes et les lenteurs des envois.

« 3^o Le prix de revient est insignifiant. »

Dans un second travail, également communiqué à la Société de Laryngologie, d'Otologie, et de Rhinologie de Paris (séance du 8 mars 1901) (1), Lichwitz donne le compte rendu de l'application du traitement aérothermique à certaines affections nasales, en particulier aux rhinites spasmodiques, aux rhinites aiguës et subaiguës et aux rhinites hypertrophiques, qu'il a faite lui-même ces temps derniers. Voici les conclusions de cet auteur :

« Des nombreuses observations que nous avons prises, il résulte que cette méthode donne d'excellents résultats dans la rhinite spasmodique et les rhinites subaiguës rebelles. Là, la guérison s'obtient en quelques séances (deux à cinq environ). Pour la rhinite hypertrophique, à bascule, les résultats sont moins nets.

« Dans quelques cas, la guérison a été complète et le résultat supérieur à toutes les méthodes de traitement déjà employées. Dans un des cas que nous citons, l'air chaud nous a même dispensé de faire la turbinectomie qui s'imposait. Dans un autre cas, qui a été turbinectomisé ailleurs des deux

(1) LICHWITZ. — Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril 1901)

côtés et qui, néanmoins, était sujet à des enchifrènements fréquents, à de l'asthme nasal, à un tic facial d'origine nasale, quelques séances d'aérothermie guérissent ces troubles que les autres traitements n'avaient même pas amendés.

« Chez plusieurs malades, atteints de rhinite hypertrophique, nous n'avons obtenu que de l'amélioration ; et, dans un cas seulement, le traitement a échoué. L'enfant, il est vrai, peu docile, s'est prêté fort mal à cette méthode. »

« En résumé, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi d'une méthode nouvelle, dont l'application nous parait jusqu'à présent donner de bons résultats, surtout dans les rhinites spasmodiques et subaiguës, ainsi que dans certaines obstructions « à bascule ». Ce traitement est un moyen terme entre le traitement chirurgical trop violent et trop radical et le traitement médical trop anodin. Il a de plus le grand avantage d'être inoffensif et presque indolore. »

M. Marius Menier, assistant de M. Lichwitz, a consigné dans sa thèse (1) les résultats qui précèdent et présente à l'appui de l'étude qu'il a reprise de la question, trente-deux observations.

Nous donnons acte, avec empressement, à MM. Vansant et Læwenberg de leurs réclamations et reconnaissons que ces auteurs ainsi que M. Andrews (de New-York), après lui le professeur Hessler, de Halle, et peut-être d'autres encore que nous ignorons et qu'ils ignorent sans doute aussi, ont été nos devanciers dans l'application du traitement par l'air chaud à certaines maladies des régions spéciales qui nous occupent.

Mais nous sommes heureux, d'autre part, de constater que, dans ces études que nous ignorions, les auteurs sont arrivés, d'une manière générale, à des résultats à peu près identiques aux nôtres, sauf en ce qui concerne la guérison des suppurations d'oreille.

Qu'il nous soit permis toutefois d'attirer l'attention sur les points suivants :

(1) M. MENIER. — Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie. (Thèse de Bordeaux, 1901. Chez Cadoret).

1° Aucun des auteurs que nous venons de citer n'a précisé la température à laquelle il utilisait l'air chaud. Or, la température a une influence considérable en l'espèce. L'air chaud à sa sortie se refroidit beaucoup si on le laisse se diffuser en l'insufflant dans la fosse nasale. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, on n'est sûr de la température à laquelle l'air arrive au contact de la muqueuse qu'en *appliquant* en un point donné cet air conduit à destination par une canule dont l'extrémité libre n'est qu'à une distance de 2 ou 3 millimètres de la muqueuse.

2° L'appareil de M. Vansant a les mêmes défauts et rentre dans le type de l'appareil de Hollænder, de Berlin, que nous avons décrit l'année dernière et qui est à peu près contemporain du précédent.

3° Le traitement par l'air chaud, chargé de vapeurs phéniquées, est une méthode différente de la nôtre, attendu que nous n'employons que des applications directes de *chaleur sèche*.

4° Nous n'avons, jusqu'à présent, trouvé trace nulle part de l'application du traitement aérothermique aux *rhinites vasomotrices*, application que nous considérons comme la partie la plus importante de notre méthode.

5° Nous ne partageons pas les idées de L. Vansant et celles d'Andrews sur la guérison, par l'air chaud, des suppurations profuses de l'oreille moyenne. Nous nous rangeons, au contraire, entièrement à l'avis du professeur Hessler, ainsi que nous l'exposerons plus loin.

SUITE DE NOS ÉTUDES

Les études que nous avons faites depuis un an se divisent en trois parties :

A. Effets plus ou moins durables du traitement aérothermique sur les malades ayant fait l'objet des précédentes observations.

B. Application du procédé au traitement d'affections de même nature (nouveaux cas).

C. Applications nouvelles à d'autres affections.

A. *Effets plus ou moins durables du traitement aérothermique sur les malades ayant fait l'objet de précédentes observations.* — Il était indispensable, pour apprécier la valeur thérapeutique de notre méthode, non seulement de noter les effets du traitement produits momentanément sur certains symptômes caractérisant les affections auxquelles nous l'avons appliquée, mais encore à se rendre compte de la durée des effets produits et de l'action modificatrice définitive ou plus ou moins durable de la chaleur sèche sur les muqueuses.

Dans ce but, les malades faisant l'objet des observations-types publiées antérieurement ⁽¹⁾ ont été suivis autant que possible. Nous les avons revus dernièrement, pour la plupart; nous avons écrit aux autres; et nous résumons ci-dessous les résultats consignés.

Sur les dix-neuf observations communiquées, trois malades ont été perdus de vue, un est mort tuberculeux, et l'observation XII n'a été communiquée que pour mémoire (essai d'application d'air froid sur la muqueuse nasale). Il reste ainsi quatorze observations, se rapportant à des malades atteints de rhinites spasmodiques, rhinites hypertrophiques, hydrorée, queues de cornets, catarrhes naso-pharyngiens, asthme, otalgie, catarrhes tubaires et tubo-tympaniques. Sur ces quatorze guérisons ou améliorations, treize se sont maintenues. Seul le D^r X... (obs. IV), à la suite d'une grippe survenue il y a deux mois, a eu recours à la solution de cocaïne pour faire disparaître une légère obstruction nasale réapparue. Quelques applications d'air chaud ont suffi pour chasser de nouveau cet ennui.

B. *Application de ce procédé de traitement à des affections de même nature (nouveaux cas).* — Nous avons appliqué notre traitement à des autres malades atteints des mêmes affections que ceux faisant l'objet des observations ci-dessus.

Celles-ci se rapportaient en grande partie à des malades

⁽¹⁾ LERMOYER et MAHU. — Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par des applications d'air chaud. (*Ann. des mal. de l'oreille, du lar. du nez et du phar.* Tom. XXVI, n° 7, juillet 1900).

d'hôpital. Nous avons étendu, depuis, la méthode aux malades de ville dont on connaît le scepticisme vis-à-vis des traitements spéciaux. Nous avons été heureux de constater que les résultats ont été en parfaite concordance avec ceux précédemment obtenus. Sans donner en détail toutes les observations des malades traités, il nous paraît intéressant de signaler, en quelques mots, les cas suivants.

OBSERVATION XX. — M^{me} D..., 62 ans, souffre depuis plusieurs années d'obstruction nasale à bascule. Elle a été soignée par de nombreux médecins et, entre autres, par un confrère qui l'a traitée (badigeonnages et cautérisations nasales), pendant quatorze mois sans interruption.

Vue pour la première fois le 1^{er} mai 1900, M^{me} D. présente pour toute lésion un léger gonflement inconstant de la muqueuse des cornets. Après antiseptie, pendant une semaine, des fosses nasales, on fait six applications consécutives d'air chaud à deux jours d'intervalle, à la suite desquelles la malade se déclare guérie.

Repos de quinze jours sans traitement. Les choses restent en l'état. On reprend deux séances d'air chaud à partir du 15 juin.

La malade a été revue le 14 novembre 1900 ; la guérison avait persisté.

OBS. XXI. — M^{me} M..., 35 ans, est une Roumaine venue en France tout exprès pour se faire soigner pour un coryza spasmodique, à type hydropneumatique, datant de quatorze mois. Elle se présente à la consultation de l'un de nous, le 20 novembre 1900, après avoir épuisé toute la lyre des traitements : cautérisations nasales, badigeonnages, pommades, atropine et strychnine à l'intérieur.

C'est une femme nerveuse, rhumatisante. Elle est migraineuse, de même que sa mère et sa grand-mère.

Les crises, qui durent trois ou quatre jours chacune, reviennent tous les vingt jours en hiver, et tous les trente ou quarante jours en été.

Les 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30 novembre, 1^{er}, 3 décembre, on fait dix applications d'air chaud. La malade, qui est venue nous trouver un peu avant l'expiration de la période de calme, en a pu franchir l'échéance sans que la crise apparaisse réellement.

Le 30 novembre, la crise a eu comme des velléités de se pro-

duire : quelques éternuements, légère rhinorrhée, symptômes qui ont bientôt disparu.

Après un repos d'une semaine, la malade revient le 10 décembre. On recommence deux applications d'air chaud, au bout desquelles la malade retourne, dans son pays, notablement soulagée.

obs. xxii. — Le petit B., Marcel, âgé de 5 ans et demi, est un enfant strumeux, avec abcès froids cervicaux, que l'un de nous a opéré de végétations adénoïdes, il y a dix-huit mois, pour cause d'insuffisance de respiration nasale. Mais, à la suite de l'opération, qui a apporté quelque soulagement, l'obstruction nasale est revenue, s'est accentuée de plus en plus jusqu'à accolement des cornets inférieurs contre la cloison nasale. Il y a arrêt de développement du nez. Les sécrétions, ne pouvant s'écouler, se dessèchent et concourent à accentuer encore l'obstruction des fosses nasales.

On sent, par l'introduction du stylet, qu'il s'est produit des synéchies de chaque côté, synéchies qu'il est impossible de voir à l'aide du spéculum, à cause de l'accolement signalé plus haut.

Cet examen, que nous jugeons utile avant de pratiquer la rupture des synéchies, afin de pouvoir se rendre compte de l'étendue de chacune d'elles, ne peut être fait que si l'on obtient la rétraction des cornets hypertrophiés.

Nous pensons à l'action de l'air chaud, et, au bout de cinq applications que l'enfant supporte bientôt patiemment dès qu'il s'est aperçu qu'elles sont indolores, il nous est possible de voir et de mesurer l'étendue des synéchies.

Nous les détruisons le 8 janvier 1901 sous le chloroforme, et l'enfant, revu à la date du 20 avril, respire très suffisamment par le nez.

obs. xxiii. — D., René, 5 ans. Enfant lymphatique sans antécédents héréditaires ni personnels, vient consulter, le 6 novembre 1900, pour obstruction nasale avec rhinorrhée, éternuements fréquents. Il a la voix nasonnée, ronfle la nuit et suffoque par instants.

Objectivement rien dans le cavum, mais à l'examen rhinoscopique on note une dégénérescence angiomateuse marquée de la pituitaire avec tuméfaction des cornets, qui sont mous et détremés.

On commence les applications d'air chaud le 22 décembre, et,

le 17 janvier 1901, après cinq séances, l'enfant éternue moins fréquemment. Il dort mieux la nuit. La voix est moins nasonnée. Il peut respirer par le nez, la bouche fermée. Objectivement, les cornets ont diminué de volume.

Après trois autres séances, on donne un repos de huit jours. Le 20 mars, l'enfant a été revu après cessation de tout traitement. Il respire assez bien par le nez et la guérison s'est, en partie, maintenue. Toutefois il y aura lieu, vraisemblablement, d'avoir de nouveau recours, dans quelques mois, aux applications d'air chaud, dans le cas probable où l'on constaterait une recrudescence de la tuméfaction.

Nous avons tenu à résumer ces deux dernières observations se rapportant à des enfants parce que, dans les cas de cette nature, nous pensons que le traitement aérothermique se trouve particulièrement indiqué, en premier lieu par son innocuité, puisqu'il laisse intact dans son ensemble la muqueuse nasale, et ensuite par sa douceur.

Avec un peu de patience, et en prenant certaines précautions, les enfants, qui sont, au début, effrayés quelque peu par l'appareil et aussi par le contact de la chaleur, s'habituent très bien à supporter l'insufflation dès qu'ils se sont aperçus qu'elle était en somme absolument indolore.

L'observation XX prise, parmi beaucoup d'autres, comme type des obstructions nasales à bascule, traitées par l'air chaud, se rapporte à une malade de ville et vient s'ajouter à celles que nous avons communiquées antérieurement.

L'hydrorrhée nasale, qui fait l'objet de l'observation XXI et dont nous avons arrêté la reproduction au moins pendant quelque temps, se reproduira-t-elle ultérieurement? En d'autres termes, une dizaine d'applications d'air chaud ont-elles suffi à modifier assez profondément la muqueuse pour débarrasser à jamais la malade de cette désagréable affection? Il est difficile de répondre catégoriquement à cette question et nous pensons qu'il serait imprudent de répondre par l'affirmative même en se basant sur les réussites que nous avons observées déjà, comme par exemple dans l'observation XIX, dans laquelle on a noté le maintien de la guérison, un an après la cessation de tout traitement.

En effet, l'hérédité, le terrain, le système nerveux, jouent un rôle trop considérable dans la pathogénie de cette affection pour qu'on puisse poser, en règle générale, qu'il suffise d'un traitement local pour débarrasser les malades de l'hydrorrhée nasale.

Mais d'autre part on ne peut refuser à la muqueuse un rôle important qui lui a été attribué dans l'espèce et qui consiste à laisser sourdre ou à arrêter l'écoulement du liquide sécrété, *quelle que soit la provenance de ce liquide.*

En opposition avec les réussites dont nous venons de parler, nous avons dans la collection de nos observations celle d'une dame B..., âgée de 30 ans, artiste lyrique, souffrant d'hydrorrhée nasale, depuis 18 mois, avec toux, suffocation, larmolement et dysphonie.

Chez cette malade qui nous avait été adressée pour le traitement par l'air chaud par un de nos confrères, nous avons pu diminuer et guérir assez rapidement, dans une certaine mesure, les étouffements et la dysphonie, mais non pas arrêter complètement le flux nasal qui, après avoir disparu pendant une semaine et plus, revenait, chaque fois, moins violent il est vrai, mais encore suffisant pour gêner la chanteuse qui nous abandonna comme elle avait abandonné les médecins qui l'avaient traitée avant nous.

Quoi qu'il en soit, il est bon de noter, au point de vue purement clinique, la rapidité avec laquelle le symptôme hydrorrhée, si tenace pourtant, disparaît lorsqu'on a la chance d'appliquer le traitement sur un cas favorable.

Nous retrouverons d'ailleurs ce fait dans le paragraphe suivant à propos du rhume des foins. (Voir obs. XXIV.)

Quand l'écoulement doit céder, il cède relativement vite et jusqu'à présent nous avons remarqué que, dans chaque cas où la guérison s'était maintenue, celle-ci s'était annoncée *au bout d'un petit nombre de séances, quelquefois même après la première.*

Pour ces raisons, nous pensons que dans tous les cas d'hydrorrhée avec ou sans lésions apparentes de la muqueuse, on peut essayer le traitement local et en particulier l'air chaud, étant donnés les résultats heureux que nous a procurés cette méthode.

La réapparition de l'écoulement ne doit pas décourager le médecin qui devra, au contraire, reprendre à chaque fois le traitement.

Il est permis de supposer que ce traitement peut, à lui seul, apporter une guérison définitive puisque nous avons, dans certains cas (obs. IX, XVII, XIX), constaté la persistance de la disparition de l'hydrorrhée pendant des périodes de plus d'une année, *alors que nous avons appliqué le traitement aérothermique à l'exclusion de tout autre.*

Chez certains malades l'hydrorrhée nasale entretient, provoque même certaines affections cutanées et en particulier l'eczéma et le sycosis de la lèvre supérieure.

Ces dermatoses rebelles, incurables tant que dure le flux nasal, guérissent au contraire rapidement dès que celui-ci a pris fin.

Nous possédons, à ce propos, quelques observations intéressantes et, entre autres, celle d'un homme de 46 ans, atteint depuis 30 ans de coryza spasmodique hydrorrhéique ayant amené secondairement un eczéma pileaire de la lèvre supérieure. Ce malade ayant déjà subi de nombreux traitements à Paris et à Lyon, fut envoyé à l'un de nous le 25 avril de cette année. L'hydrorrhée céda à la 1^{re} application d'air chaud et ne reparut plus pendant les 15 jours que dura le traitement aérothermique ni depuis qu'il est terminé.

Ce résultat une fois acquis, l'eczéma pileaire put être traité avec succès et le malade partit pour la province en voie de guérison.

En ce qui concerne les autres affections traitées précédemment par l'air chaud (rhinites spasmodiques de différents types, catarrhes tubaires et naso-pharyngiens, otalgies), les observations que nous avons recueillies depuis l'année dernière sont entièrement semblables aux précédentes et nous croyons inutile d'en rapporter d'autres ici.

Un très petit nombre relate des succès complets, la majeure partie des malades ayant été guéris ou améliorés d'une façon durable et le plus souvent définitive.

C. Applications nouvelles à d'autres affections. — En de-

hors des affections que nous venons de citer, nous avons appliqué, avec plus ou moins de succès, le traitement aérothermique aux affections suivantes :

1° *Au coryza aigu.* — Nous possédons plusieurs observations dans lesquelles l'air chaud a produit en une séance, deux au plus, l'avortement d'un coryza aigu à son début.

Chez M^{me} de B..., 53 ans, coryza au début (deuxième jour) avec maux de tête, sécheresse de la gorge, etc..., guéri à la suite d'une seule application, le 2 janvier 1901.

M^{lle} M... Jane, 22 ans, a subi une trépanation mastoïdienne avec évidemment pétro-mastoïdien. A chaque fois qu'elle avait un coryza, un amas de sécrétions venu par la trompe se collectait au fond de la cavité épidermisée et produisait une inflammation du pourtour de l'orifice tubaire par sa stagnation en cet endroit. On se trouvait, de ce fait, obligé de faire des petits pansements quotidiens pendant la durée du coryza.

M^{lle} M... fut guérie en deux séances, le 15 décembre 1900, d'un coryza aigu réchauffé, datant de cinq ou six jours. Le deuxième jour on débarrassa la cavité des mucosités amassées qui ne reparurent plus.

Nous devons dire toutefois que, dans d'autres cas, le traitement a complètement échoué. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de continuer le traitement au delà de deux séances.

2° *Au rhume des foins.* — L'âge de notre traitement est trop peu avancé, puisqu'il n'a pas encore vu deux étés, pour que nous puissions nous rendre compte de l'effet qu'il produira sur les sujets souffrant du rhume des foins. Néanmoins nous avons appliqué la thermothérapie dans plusieurs cas et nous pouvons dire dès maintenant que les résultats immédiats de ce traitement ont été identiques à ceux obtenus dans les rhinites spasmodiques, d'étiologie différente, mais présentant les mêmes symptômes.

Sans préjuger des effets produits, en vue de la guérison définitive de cette tenace affection, on se rendra compte, à la lecture des deux observations-types suivantes, qu'on peut, avec lui, obtenir une atténuation sensible de l'intensité des symptômes si désagréables du rhume des foins et permettre

aux malades de passer la saison d'été dans des conditions moins misérables.

Nos malades seront suivis le plus longtemps possible et l'avenir nous instruira sur ce que l'on peut attendre des modifications plus ou moins durables, produites par l'air chaud sur les muqueuses dans cette affection.

OBS. XXIV. — *Lésions* : Coryza spasmodique saisonnier. Rhume des foin.

Symptômes : Eternuements. Flux nasal abondant. Obstruction nasale. Larmolement.

M. L... Jean, 28 ans, a une hérédité arthritique chargée. Il est lui-même d'un tempérament nettement neuro-arthritique. Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Tous les ans, depuis 1895, il subit une série de crises de rhume des foin, augmentant à chaque fois d'intensité et apparaissant fin mai pour disparaître fin juillet. C'est pendant cette période que M. L., qui a ses occupations à Paris, commence à faire de fréquents voyages et séjours à la campagne, en Normandie.

La crise ne comporte ni asthme ni bronchite, mais des étternuements nombreux et violents, surtout le matin, une rhinorrhée abondante, symptômes suivis d'obstruction nasale et de larmolement intense.

Quand le malade vint nous trouver, le 11 juin 1900, il était en pleine crise de rhume des foin, trempant dix mouchoirs par jour, ne cessant d'éternuer, avec un larmolement continu ayant produit de la conjonctivite et de la photophobie. Il lui était devenu presque impossible de remplir ses fonctions.

Objectivement nous voyons une muqueuse molle et macérée. Les parties antérieures et postérieures des cornets sont tuméfiées. Il existe des queues de cornets assez volumineuses et un boursoufflement de la muqueuse de la tranche de la cloison, qui semble être pourvue de deux ailerons allant jusqu'au contact des queues de cornet correspondantes.

L'examen rhinoscopique permet de constater la présence de végétations adénoïdes rétractées, et, sur les cornets, des traces antérieures d'ignipuncture.

Nous commençâmes immédiatement les applications nasales d'air surchauffé et fîmes ainsi quatre séances consécutives de deux minutes environ dans chaque fosse nasale, les 11, 13, 15 et 18 juin.

Dès la deuxième séance, M. L. se trouva soulagé et, peu à peu, tous les symptômes composant la crise disparurent.

Le 19 juin, il demanda à partir en Normandie pour trois jours, et nous ne fûmes pas fâchés de lui en donner l'autorisation à titre d'expérience. Celle-ci fut tout à fait concluante. Après une journée entière passée dans les herbages, M. L. fut pris au retour, dans le train même, d'enchifrènement et bientôt réapparurent tous les symptômes pour lesquels il était venu consulter, avec un peu moins d'intensité pourtant.

De retour à Paris, il revint nous trouver et nous reprîmes les séances interrompues, que nous continuâmes les 22 et 25 juin. Ces deux applications d'air chaud suffirent pour arrêter la crise, et nous jugeâmes à propos, dans ces conditions, d'interrompre le traitement pendant une dizaine de jours. Cette période fut exempte de toute crise, et, pour essayer de modifier plus profondément la muqueuse, nous fîmes de nouveau trois applications à froid, les 7, 9 et 12 juillet.

En somme, grâce au traitement, ce malade fut débarrassé assez rapidement des symptômes ennuyeux du rhume des foins et put passer la saison des crises dans des conditions moins malheureuses. A la date du 12 juillet, la pituitaire est beaucoup moins boursoufflée dans son ensemble. Elle est plus ferme au toucher. L'hypertrophie des queues de cornets, moins considérable, persiste néanmoins, mais celles-ci ne sont plus en contact avec la cloison, dont les ailerons ont disparu.

Le malade est revu le 23 avril 1901. Il n'a pas encore eu de crise.

Objectivement, cornets inférieurs rouges et tuméfiés. Pas de queues de cornet ni d'ailerons de la cloison.

obs. xxv. — *Lésions* : Coryza spasmodique estival. Asthme des foins type.

Symptômes : Eternuements. Rhinorrhée. Larmolement. Asthme. Bronchite.

M^{me} S... Estelle, 36 ans, habitant près de Morlaix (Finistère), est venue à Paris tout exprès pour se faire soigner.

Père mort d'une maladie de cœur à 56 ans. Mère morte à 39 ans.

Une fille bien portante. Un fils mort de méningite. A été soignée pour une affection organique du cœur.

Très nerveuse. Bien réglée.

Depuis sept ou huit ans, M^{me} S. est prise, au mois de mai de

chaque année, de crises qui débutent par des éternuements et continuent par un flux nasal aqueux abondant. Ces crises apparaissent, en général, le matin au lever, et surtout si la malade se met au soleil. Elle éternue ainsi pendant une heure, a un intervalle de repos d'une demi-heure environ, puis une nouvelle crise commence, et ainsi de suite toute la journée, jusqu'au soir, au moment de se mettre au lit. Pendant les crises, les fosses nasales sont obstruées, la malade ressent des picotements dans la gorge et, des yeux fortement gonflés s'écoulent d'abondantes larmes.

M^{me} S. souffrait déjà de cette affection pendant qu'elle habitait Paris, mais les crises sont devenues plus fortes et plus fréquentes depuis trois ans qu'elle habite la campagne. Elles sont parfois provoquées par le séjour dans une chambre pleine de poussières, mais elles acquièrent surtout une acuité excessive au cours d'une promenade en pleine campagne. Aussi la malade a-t-elle renoncé à sortir de son appartement pendant la période critique.

Cet état de choses dure deux mois sans rémission. Vers la fin de juin, les symptômes nasaux disparaissent et font place à des accès d'asthme. Une toux quinteuse, accompagnée des signes de bronchite, précède les accès d'asthme qui durent une dizaine de jours. Mais la bronchite, elle-même, continue pendant trois semaines environ.

Les crises d'asthme prennent la malade aussi bien le jour que la nuit. Elles ont la forme type et apparaissent quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures. Le soir, elles se succèdent presque sans interruption, et on a dû, à plusieurs reprises, faire usage de la morphine.

Fin juin, l'asthme disparaît; la bronchite seule dure encore quelque temps, puis tout rentre dans l'ordre.

Il y a cinq ans, on a fait des cautérisations de la muqueuse des cornets. Les crises d'asthme n'ont pas paru durant cette saison. L'année suivante tout a recommencé.

Il y a deux ans, la malade est allée au bord de la mer pendant la période dangereuse : aucun résultat. Elle vient nous consulter le 29 mai 1900. Elle est en pleine crise depuis quinze jours.

La pituitaire ne présente aucune lésion accentuée, sauf une légère macération. Pas de polypes. Rien du côté du cavum.

31 mai. — Première séance d'air chaud, deux minutes dans chaque fosse nasale.

2 juin. — Le soir même du 31 mai, les symptômes ont diminué d'intensité et la malade se trouve soulagée. Deuxième séance.

5 juin. — La journée du 2 juin a été absolument tranquille ; ni éternuements, ni rhinorrhée, ni expectoration. Le lendemain matin, au réveil, éternuements nombreux, flux nasal et crachats abondants, dont quelques-uns étaient striés de sang. Le calme est venu le soir vers neuf heures, mais les accidents ont reparu le lendemain matin, pour durer toute la journée. La malade a été obligée de se renfermer, pendant ces deux journées, dans une chambre obscure.

Cette recrudescence a coïncidé avec l'apparition brusque de la chaleur et d'un soleil ardent. Nous prescrivons de porter un lorgnon fumé.

7 juin. — Est bien mieux aujourd'hui. Presque plus d'éternuements, en tout cas, pas de crise nette. Pourtant, M^{me} S. s'est promenée hier en plein soleil. L'écoulement n'a pas sensiblement diminué ; un peu d'oppression. Elle fait observer que c'est pendant la période que nous traversons — du 6 au 12 juin — que la bronchite et les crises d'asthme la forcent à s'aliter.

9 juin. — Cinquième séance. La malade ne s'est pas alitée. Les éternuements sont devenus très rares. Le liquide qui s'écoule est devenu plus épais. Presque plus d'étouffement. La toux bronchique, qui apparaît d'ordinaire à cette période, manque.

14 juin. — Septième séance. Sécrétion et éternuements diminuent de plus en plus. Mais le 12 juin, vers sept heures du soir, est apparue une crise d'asthme. Toux légère, puis étouffements qui ont augmenté de plus en plus jusqu'à onze heures ou minuit. La malade a passé la nuit dans un fauteuil.

Hier, dans la journée, tranquillité absolue. Hier soir, nouvelle crise d'asthme qui a duré presque toute la nuit.

16 juin. — Huitième séance. Pas d'éternuements ni de rhinorrhée depuis la dernière séance. Légère crise d'asthme dans la journée du 14, jusqu'à quatre heures du soir. Les deux nuits suivantes, bon sommeil. La bronchite légère suit son cours. La toux est grasse et l'expectoration est épaisse. Nous donnons dix jours de repos.

26 juin. — Les éternuements et l'écoulement ont cessé. L'asthme et la bronchite ont disparu. La crise paraît terminée pour cette année.

En somme, le traitement a eu pour effet, non pas sans doute de guérir la malade, mais d'atténuer à tel point l'intensité des symptômes, que la saison critique a été traversée sans grand ennui.

La malade nous écrit, à la date du 29 avril, qu'elle a été reprise,

depuis quelques jours, de crises beaucoup plus légères que les années précédentes. Elle va venir à Paris reprendre le traitement pendant cette saison.

3° *A certains troubles nerveux, trophiques ou sensoriels.*

— Nous avons précédemment relaté quelques succès dans des cas d'anosmie concomitante avec des affections nasales diverses et améliorée par l'air chaud en même temps que ces dernières. Nous avons pensé qu'il serait possible d'utiliser l'action modificatrice de cet agent physique en l'étendant au traitement de certains troubles nerveux, trophiques ou sensoriels, mal définis, après avoir examiné les malades au point de vue nerveux et en faisant la part qui, dans certains cas, revient à leur imagination.

Un de nos malades, M. B..., âgé de 70 ans, est actuellement en traitement et paraît être soulagé de sensations douloureuses de la région de la sous-cloison et de céphalées qui surviennent au cours d'un coryza chronique léger.

L'une des observations communiquées ci-dessous relate la guérison d'une cacosmie subjective, suite de grippe, accompagnée d'anosmie et de maux de tête. L'autre se rapporte à un cas dans lequel l'air chaud aurait produit sur la muqueuse nasale une action particulière sur laquelle nous désirons appeler l'attention. Tout en faisant disparaître la rhinorrhée et l'obstruction nasale, les applications d'air chaud semblent avoir aguerri la muqueuse et l'avoir immunisée contre le catarrhe résultant de l'ingestion de fortes doses d'iodure de potassium, de telle façon que, dans le cas présent, le malade, syphilitique, put reprendre sans inconvénient son traitement ioduré, tandis qu'il lui était impossible de le suivre régulièrement avant d'avoir été soumis au traitement aérothermique.

OBS. XXVI. — *Lésions* : Légère dégénérescence myxomateuse de la pituitaire. Rhinite congestive.

Symptôme : Obstruction nasale.

M. P..., 31 ans, était d'une assez bonne santé générale. Syphilis il y a une dizaine d'années ; quelques accidents spécifiques sans gravité ; a suivi les traitements mercuriel et ioduré.

A différentes reprises, on a fait l'ablation de polypes muqueux des fosses nasales et pratiqué des cautérisations de la muqueuse des cornets. Malgré ce traitement, une obstruction nasale assez accentuée a persisté et le malade parle du nez. C'est pour cela qu'il vient consulter le 3 juillet 1900. Il se plaint, en outre, d'une légère rhinorrhée et d'un catarrhe naso-pharyngien.

Cette obstruction nasale est bilatérale, mais plus accentuée à gauche. Elle est intermittente, se manifeste tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Les crises sont plus fréquentes et plus gênantes toutes les fois que M. P... reprend le traitement ioduré. La muqueuse est tuméfiée, à des degrés différents, suivant les jours d'examen; elle est molle à certaines places et porte des traces d'ignipuncture.

Des applications d'air chaud dans les fosses nasales furent commencées le 3 juillet 1900 et continuées régulièrement les 5, 7, 9, 10, 13, 17, 19, 21, 24, 26 et 28 juillet, soit en tout douze séances. Après la cinquième séance, le malade se déclare très soulagé à gauche et entièrement débarrassé à droite de toute obstruction nasale.

Deux fois, au cours du traitement, sont apparues des obstructions à bascule.

Objectivement, le 28 juillet, les sécrétions sont épaissies et parfois concrétées en petites croûtes jaunâtres à l'entrée des fosses nasales. La muqueuse apparaît encore enflammée, rouge, mais elle est notablement rétractée.

Le catarrhe naso-pharyngien a disparu.

Le malade, soulagé, a quitté Paris, et nous ne l'avons revu que le 24 janvier 1901. L'amélioration subjective s'est maintenue malgré l'hiver humide que nous avons traversé. Objectivement, la muqueuse nasale est bien rétractée sur les cornets, un peu rouge, d'aspect sec et légèrement dépoli.

Mais un fait curieux à noter est le suivant : M. P... a dû reprendre de fortes doses d'iodure de potassium depuis que nous avons cessé le traitement par l'air chaud. Or, jusqu'ici, la cure iodurée devait être interrompue à cause des accidents d'obstruction nasale intense et douloureuse qu'elle provoquait : cette fois, l'iodure, même à haute dose, a amené seulement un coryza très supportable et qui a disparu de lui-même au bout d'une semaine.

OBS. XXVII. — M^{me} R... Marie, 46 ans, vient consulter, le 14 janvier 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, parce qu'elle ressent dans le nez et l'arrière-gorge une odeur et un goût désagréables (pourri-

ture). Cette sensation est survenue en même temps que de l'anosmie et des maux de tête, à la suite d'une grippe il y a un mois.

Père et mère morts à un âge avancé. Réglée à 44 ans. N'a jamais eu de troubles nerveux ni de maladies graves. Ménopause il y a deux ans.

Actuellement, M^{me} R. mouche fort peu et rien que de l'eau. La muqueuse nasale est sèche, légèrement gonflée. Le cavum est également sec et lisse.

Aucune trace de pus ni de croûtes.

A partir du 15 janvier, la malade est soumise à l'action de l'air chaud, à l'exclusion de tout autre traitement, d'abord avec la canule n° 1, puis plus profondément avec la canule n° 2.

Les 15, 17, 19 janvier, première, deuxième et troisième séances.

Le 24 janvier, quatrième séance ; mais auparavant on constate que la mauvaise odeur perçue par la malade est plus faible, quoique la qualité reste la même.

L'odorat revient un peu par moments. La malade sent parfois l'odeur de sa cuisine et celle des fleurs. Les maux de tête ont disparu.

Objectivement, la muqueuse est moins sèche, mais elle est plus enflammée, sans doute sous l'influence du traitement.

Le 8 février, après la sixième application d'air chaud, la malade déclare que la cacosmie a disparu en même temps que les maux de tête. Les sécrétions sont redevenues normales en quantité et en qualité.

L'odorat est incomplètement revenu.

4° A l'épidermisation des plaies en fin de suppuration. —

Au nombre des propriétés modificatrices de l'air chaud, nous avons cité dans nos précédentes publications son action épidermisatrice.

Nous l'avons utilisée dans plusieurs cas et particulièrement dans les deux catégories de malades dont nous donnons ci-dessous deux observations types :

1° Chez d'anciens évidés, à la fin du pansement, lorsque la suppuration étant finie, toute trace de bourgeons ayant disparu et quand l'épidermisation se faisait trop attendre.

2° Dans des suppurations de l'attique, après ou avant l'ablation des osselets, alors qu'il ne restait plus que le suintement insignifiant dont il est parfois si difficile de se débarrasser.

A ce propos, nous croyons pouvoir affirmer, aujourd'hui, d'accord en cela avec le Prof. Hessler et pour les raisons qu'il a fait valoir dans l'article cité plus haut, l'inutilité absolue du traitement par l'air chaud des suppurations profuses aussi bien dans l'oreille que dans les fosses nasales.

L'action de la chaleur tonifie les tissus, les assèche et les rend, il est vrai, mauvais milieux de culture, comme l'ont fait remarquer avant nous Andrews et Amberg; mais les tissus eux-mêmes seraient détruits en même temps que les micro-organismes, si l'on devait appliquer l'air à une température suffisante pour empêcher toute culture de ces derniers, surtout quand ils ne sont pas uniquement cantonnés à la couche superficielle.

OBS. XXVIII. — Le nommé M... Louis, âgé de 20 ans, serrurier, a subi, à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 décembre 1897, un évidement pétro-mastoidien, à la suite d'une otorrhée chronique datant de l'enfance, avec masses cholestéatomateuses.

L'épidermisation de la cavité fut longue à cause de la présence de cholestéatome reparaissant à diverses reprises et nécessitant à nouveau le curettage et le nettoyage partiels de la cavité.

Le 1^{er} décembre 1899, l'opération doit être complétée par la destruction d'une membrane tendue sur les emplacements de l'anneau tympanal et qui forme, entre elle et la région péritymbaire, une cavité remplie de fongosités, de pus et de cholestéatome. L'opération qui avait pour but le grattage de toute cette région, a eu pour effet la destruction de l'épiderme de toute la partie profonde de la première cavité opératoire.

L'épidermisation ne s'amorçant pas sur la collerette de l'ancien épiderme de néoformation, et se trouvant arrêtée par la présence de bourgeons, nous faisons, après curettage des bourgeons, bains d'eau oxygénée et séchage parfait de la région, une première application d'air chaud le 4 janvier 1900. Cette première séance, de trois minutes environ, est fréquemment interrompue, le malade accusant une légère sensation de brûlure sur la plaie. A la suite de l'application on place, sans tamponner, un pansement simple à la gaze stérilisée.

Le 8 janvier, on enlève à la curette quelques petits bourgeons qui ont repoussé et on fait une nouvelle séance d'air chaud. Le 10 janvier, pansement simple sans air chaud.

Les 11 et 13 janvier, nouvelles applications d'air chaud. Le malade, d'une sensibilité exagérée, n'accuse plus aucune douleur au cours du pansement.

22 janvier. — Depuis le 13 janvier, M... n'a pas été soumis à l'action de l'air chaud. On s'est contenté de panser la plaie aseptiquement à l'aide de mèches de gaze stérilisée. Aujourd'hui, la partie profonde de la cavité, restant seule à vif, est rétrécie comme lors des pansements consécutifs à la première opération. Mais les chairs ont l'aspect sain et ne présentent ni bourgeonnement ni suppuration. Application d'air chaud de trois minutes à l'aide de la petite canule n° 2, la grosse canule n'étant pas tolérée. Quatre autres applications sont ainsi faites, de deux en deux jours, à la suite desquelles on ne fait qu'un pansement aseptique occlusif, en évitant le contact de la plaie.

Le 8 février, le malade est guéri : la cavité est complètement épidermée.

Malade revu le 1^{er} avril : la guérison a persisté.

Les avantages qui semblent ici résulter nettement de l'emploi de l'air chaud sont :

- Sédation des douleurs,
- Non-reproduction des bourgeons,
- Activité de l'épidermisation.

OBS. XXIX. — *Suppuration de l'attique.* — Observation à peu près semblable à la précédente et se rapportant à un jeune homme âgé de 16 ans. M. M..., 17 ans, ancien adénoïdien opéré et venu à la consultation, le 23 juin 1900, pour une otorrhée droite, datant d'une douzaine d'années. A l'examen, perforation de la membrane de Schrapnell et suppuration de l'attique (oreille droite). Après avoir fait des lavages antiseptiques de l'attique tous les deux jours et des pansements réguliers pendant un mois environ, sans résultat, on essaie des applications d'air surchauffé que l'on fait pénétrer par la perforation. Mais ces applications sont mal tolérées, provoquent des vertiges et n'amènent, d'ailleurs, aucune amélioration.

Le 11 août, ablation, sous chloroforme, des osselets, dont il ne reste plus que de minimes débris.

Malgré les pansements rationnels faits régulièrement après l'opération, on n'arrive pas à sécher la cavité, et, le 10 septembre, on se décide à faire quelques applications d'air chaud. Le résultat fut le même que dans le cas précédent. Au bout de quatre applications de deux ou trois minutes chacune, scindées en petites

fractions et d'ailleurs bien supportées, l'écoulement s'arrêta et la cavité fut totalement épidermée.

M. M... a été revu à la date du 1^{er} février 1901, se plaignant d'une petite suppuration de l'oreille droite, mais n'ayant aucun caractère de récurrence. Il s'agissait d'une excoriation de l'épiderme du plancher de la caisse, avec amas de cérumen en ce même endroit. Ce petit accident a été réparé en une semaine. Tout le reste de la caisse, y compris l'attique, était en bon état et parfaitement épidermé.

OBS. XXX. — *Suppuration de l'attique.* — M. F..., 24 ans, étudiant, est atteint, depuis l'enfance, de surdité de l'oreille gauche. Il a de fréquents maux de tête et on relève à l'examen de son oreille, fait le 9 décembre 1899, une perforation de la membrane de Schrapnell, donnant issue à une petite masse fongueuse.

Après un mois de traitement médical (pansements réguliers, lavages avec la canule d'Hartmann), sans résultat, on pratique, le 14 janvier, l'ablation des osselets sous chloroforme. Les pansements sont régulièrement faits tous les jours, pendant une semaine, puis tous les deux et tous les trois jours. La suppuration a diminué jusqu'à devenir très faible, mais il est impossible d'arriver à la tarir complètement ; et, deux mois après, il existe encore un léger suintement purulent.

C'est alors que nous eûmes l'idée d'appliquer le traitement par l'air surchauffé.

Le 15 mars 1900, on commença les applications au moyen d'une petite canule spéciale très fine, de la grosseur d'un cathéter n° 0, et en forme de baïonnette.

Le malade, très nerveux, supporta difficilement cette application d'air chaud la première fois. Il se plaignit, non pas d'une sensation de brûlure, mais de véritables piqures et aussi de douleurs de tête. Les vertiges, prêts à apparaître, étaient évités en divisant l'application en plusieurs parties, chacune de courte durée. Lors des séances suivantes, le malade s'habitua peu à peu ; l'opérateur aussi devint plus habile à diriger la canule et les douleurs disparurent.

Le 25 mars, toute humidité avait abandonné l'oreille gauche, pour ne plus reparaitre dans la suite. Le malade fut suivi pendant plus d'un an sans récurrence.

CONCLUSIONS

1° Nos expériences, continuées depuis l'année dernière, ont confirmé les résultats que nous avons obtenus par le traitement aérothermique des affections suivantes, savoir :

Rhinites spasmodiques ;

Rhinites congestives, à bascule ;

Rhinites hypertrophiques ;

Hydorrhée ; avec obstruction nasale, rhinorrhée, éternuements, asthme, catarrhe naso-pharyngien :

Otalgies ;

Catarrhes tubaires et tubo-tympaniques ; avec surdité, vertiges, nausées ou bourdonnements.

Ces expériences reprises par MM. Lichwitz et M. Menier, de Bordeaux, ont, d'une manière générale, donné les mêmes résultats.

2° Les guérisons ou les soulagements obtenus il y a un an, et consignés dans les observations contenues dans notre première communication, se sont maintenues pour la plupart.

3° Nous avons donné à la méthode aérothermique quelques applications nouvelles, à notre entière satisfaction.

Traitement du coryza aigu.

— du rhume des foins.

— de certains troubles nerveux trophiques ou sensoriels.

Epidermisation des plaies en fin de suppuration.

Les résultats obtenus, suivant la nature des affections, sont intéressants et de nature à nous encourager à continuer l'application de l'aérothermie au traitement des affections qui nous occupent. Nous ne manquerons pas de poursuivre cette étude.

On trouvera ci-après un tableau relatant les différents cas traités et les résultats obtenus :

Résumé des observations communiquées (Observations-types)

Numéros	Diagnostic	Symptômes	Noms	Age	Traitements antérieurs	Nombre d'applications d'air chaud	Résultats
I	Végétations adénoïdes. Rhinite hypertrophique. Catarrhe nasopharyngien. Laryngite subaiguë. Queues de cornets.	Otalgie gauche. Obstruction nasale. Dysphonie. Bourdonnements d'oreille.	M ^{me} G... Alice.	20 ans	Ablation des végétations adénoïdes	12 séances 5 mai 1900	Otalgie, dysphonie, bourdonnements d'oreille guéris. Obstruction nasale r'apparue au bout d'un mois (queues de cornets). Même état que ci dessus. 16 avril 1901
II	Rhinite chronique. Catarrhe nasopharyngien. Catarrhe tubaire.	Mal de gorge. Gêne de la respiration nasale. Otalgie droite. Surdité.	M. B... Jules	25 ans	Cautérisations nasales	10 séances 23 déc. 1899 8 février 1900 17 mars 1900 25 avril 1901 48 avril 1901	Guérison. Audition très améliorée. Guérison persiste. id.
III	Rhinite hypertrophique. Végétations adénoïdes. Catarrhe nasopharyngien. Catarrhe tubaire et tympanique.	Obstruction nasale. Surdité.	M. H... Ernest	16 ans	Ablation des végétations adénoïdes.	7 séances 25 avril 1900 21 août 1900	Guérison. L'audition avait été déjà améliorée à la suite de l'ablat. des végétations adénoïdes. Guérison persiste.

21 août 1900 } Guérison persi- siste.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéros	Diagnostic	Symptômes	Noms	Age	Traitements antérieurs.	Nombre d'applications d'air chaud	Résultats
VIII	Rhinite congestive.	Gêne de la respiration nasale.	Docteur O...	26 ans	Lavages du nez.	40 séances	La diminution de la gêne respiratoire résultant de l'ablation des queues de cornet a été accentuée par les douches d'air chaud. Même état que ci-dessus.
	Hypertrophie des queues de cornet	Bourdonnements dans l'oreille gauche.			Badigeonnages de la muqueuse. Ablation des queues de cornet.		
IX	Rhinite spasmodique	Rhinorrhée. Eternuements. Ougie gauche	Mme D... Marie	27 ans	Traitement du symptôme otalgic.	42 séances	17 mars 1900 } Guérison. 20 avril 1901 } La guérison persiste.
X	Hydrorrhée nasale.	Hydrorrhée nasale.	M. S..	38 ans		6 séances	30 janvier 1900. Guérison ? Perdue de vue depuis cette date.
XI	Rhinite spasmodique.	Flux nasal abondant.	Mme S.. Pauline	27 ans	Injections nasales.	43 séances	5 mai 1900. Amélioration sensible de l'écoulement et de la respiration nasale. Perdue de vue depuis cette date.
	Hydrorrhée nasale.	Eternuements. Obstruction nasale.					
	Végétations adénoïdes.	Crises d'asthme. Anosmie.					

XII	Rhino-pharyngite catarrhale chronique. Crête de la cloison. Queues de corne net à bascule	Hémorragie. Obstruction nasale.	M. M... Gustave	32 ans	Observation citée pour mémoire : Essais d'insufflation d'air froid sur la muqueuse nasale. Résultat négatif.
XIII	Catarrhe naso-pharyngien Catarrhe tubaire. Végétations adénoïdes.	Surdité. Bourdonnements. Otalgie gauche.	M. C. Henri	16 ans	Ablation des végétations adénoïdes. 22 février 1900 } Guérison. 6 séances } La guérison persiste. 8 mai 1900 }
XIV	Otite sèche.	Otalgie droite Surdité.	Mlle L... Lina	31 ans	Cathétérisme de la trompe 29 mars 1900 } Guérison de l'otalgie. 8 séances } Même état de l'ouïe. 1er mai 1901 } Même état que ci dessus
XV	Otalgie au cours d'une laryngite tuberculeuse.		M. P... Henri	22 ans	Série de 1 ou 2 applications à différentes reprises. Guérison de l'otalgie à chaque fois. Décédé depuis.
XVI	Rhinite congestive catarrhe tubotympanique (chez une scléreuse).	Bourdonnements dans l'oreille droite Vertiges. Céphalées, vomissements	Mlle B... Marguerite	34 ans	8 mars 1900 } Guérison. L'état de l'ouïe est resté le même. 5 séances } La guérison a persisté, mais la sclérose a envahi les deux oreilles et la surdité accompagnée de bourdonnements s'est accentuée. 16 avril 1901 }

Numéros	Diagnostic	Symptômes	Noms	Age	Traitements antérieurs	Nombre d'applications d'air chaud	Résultats
XVII	Coryza chronique spasmodique chez une arthritique	Obstruction nasale gauche Rhinorrhée. Éternuements.	M ^{me} O...	42 ans	Pommades. Lavages. Ignipuncture.	7 séances	30 avril 1900 } Guérison. 1 ^{er} avril 1901 } La guérison persiste.
XVIII	Polypes des fosses nasales. Coryza chronique à type hydropneumonique.	Gêne de la respiration nasale. Catarrhe naso-pharyngien. Crises d'asthme nocturnes.	M. G.	60 ans	Ablation de polypes. Lavages. Pommades. Ignipuncture. Eau sulfureuses.	5 séances	30 avril 1900 } Guérison. 4 juillet 1900 } La guérison persiste. 1 ^{er} mai 1901 } id.
XIX	Coryza chronique à type spasmodique.	Hydrorrhée. Éternuements	M ^{me} d'A...	33 ans	Traitement général. Pommades.	7 séances	23 avril 1900 } Guérison. 30 mars 1901 } La guérison persiste.
XX	Rhinite congestive.	Obstruction nasale	M ^{me} D...	62 ans	Pommades. Ignipuncture.	8 séances	18 juin 1900 } Guérison. 14 nov. 1900 } La guérison persiste.
XXI	Coryza chronique à type hydropneumonique.	Rhinorrhée.	M ^{me} M...	35 ans	Badigeonnages. Cautérisations. Atropine et strychnine à l'intérieur.	42 séances	15 déc. 1900 } Très améliorée. (part pour l'étranger).
XXII	Rhinite hypertrophique chez un enfant strumeux	Obstruction nasale.	M. B... Marcel	5 ans 1/2	Ablation des végétations adénoïdes. Pommades.	5 séances	15 déc. 1900 } Applications d'air chaud faites à la partie antérieure des fosses nasales en vue de la rétraction des cornets nasaux quant la vue en profondeur. Résultat positif.

XXIII	Rhinite hypertrophique.	Obstruction nasale.	M. D... René	5 ans	Pommades.	8 séances	<div> <div>8 janvier 1901</div> <div>20 mars 1901</div> </div> <div> <div>L'enfant respire suffisamment par le nez.</div> <div>Amélioration maintenue seulement en partie.</div> </div>
XXIV	Rhume des fosses datant de 5 ans.	Eternuements, Hydorrhée, Obstruction nasale, Larmoiement	M. L... Jean	28 ans	Pommades. Eaux. Ignipuncture.	9 séances	<div> <div>12 juillet 1900</div> <div>10 mai 1901</div> </div> <div> <div>A passé la saison des crises dans d'excellentes conditions.</div> <div>N'a pas encore eu de crise en cette année.</div> </div>
XXV	Asthme datant de 8 ans.	Eternuements Rhinorrhée. Asthme. Bronchite.	Mme S... Estelle	36 ans	Pommades. Séjour au bord de la mer. Ignipuncture	40 séances	<div> <div>1er juillet 1900</div> <div>29 avril 1901</div> </div> <div> <div>Le malade retourne dans son pays après avoir passé une saison dans des conditions relativement excellentes.</div> <div>Les accès d'asthme et de bronchite ont été à peu près nuls.</div> <div>A été reprise depuis quelques jours de crises beaucoup plus légères que celles de l'an dernier. Nous représentons le traitement par l'air chaud.</div> </div>
XXVI	Au cours des pansements consécutifs à l'ablation des osselets (en fin de suppuration).		M M...	17 ans	Ablation de végétations adénoïdes.	4 séances	<div> <div>1er oct. 1900</div> </div> <div> <div>Même résultat que ci-dessus.</div> </div>

Numéros	Diagnostic	Symptômes	Noms	Age	Traitements antérieurs	Nombre d'applications d'air chaud	Résultats
XXVII	Dégénérescence myxomateuse de la pituitaire. Rhinite congestive.	Obstruction nasale.	M. P.	31 ans	Pommades. Ablation de polypes. Ignipuncture.	12 séances	24 janv. 1901 : 8 juillet 1900. Guérison. Persistance de la guérison. De plus le malade obligé de reprendre la cure iodurée a pu pour la première fois supporter l'ingestion de l'iode de potassium sans catarrhe violent de la muqueuse nasale.
XXVIII	Anosmie. Cacosmie subjective suite de grippe. (Sans lésions apparentes).		Mme R... Marie	45 ans	"	6 séances	8 février 1901 La cacosmie n'est plus perçue. L'odorat est en partie revenu.
XXIX	Au cours de pansements consécutifs à un épidémement pétro-mustoldien.		M. M... Louis	20 ans	"	8 séances	8 février 1900 Sédation de la douleur. Non reproduction des bourgeons curettés. Activité de l'épidermisation.
XXX	Au cours des pansements consécutifs à l'ablation des osselets (en fin de suppuration).		M. F.	24 ans	"	5 séances	25 mars 1900 Suppression du suintement. Epidermisation rapide. Revu un an après. Pas de récurrence.

III

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOPATHIES D'ORIGINE AURICULAIRE

Par **Achille TORRETTA**, Assistant à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université Royale de Gènes.

Une transposition de pages rendant un passage de ce travail paru dans le n° de mai incompréhensible, nous rétablisons ici la partie tronquée du mémoire telle qu'elle doit être lue :

A la page 472, à la suite du *Diagnostic anatomique*, supprimer les deux dernières lignes en gros caractères et passer aussitôt aux considérations anatomo-pathologiques reproduites ci-dessous :

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES

La pénurie de renseignements, au sujet de l'existence de lésions auditives antérieures à l'entrée de la malade à l'asile, eut pour résultat que les aliénistes ne s'inquiétèrent aucunement de l'état de l'oreille. Il était en effet impossible de soupçonner que les manifestations épileptiques eussent un rapport quelconque avec une affection de l'oreille moyenne. Pendant les derniers mois de la maladie, on recueillit, ainsi que je l'ai déjà dit, dans le conduit auditif externe, de petites écailles blanchâtres, faciles à distinguer des fragments cérumineux baignés dans du mucus jaunâtre. Cette constatation si importante n'avait pu être faite auparavant pour beaucoup de raisons. L'état psychique de la malade s'opposa à ce qu'on fit un

examen plus approfondi de l'organe auditif et on n'appliqua ni la canule de Hartmann, ni le stylet recourbé. La première nous aurait éclairé sur la nature du mal, en favorisant l'expulsion d'abondantes masses cholestéatomateuses, et le second, introduit à travers la perforation tympanique, en dirigeant la pointe vers le tegmen, nous aurait décelé probablement le défaut de résistance osseuse sur une grande étendue et la dénudation de la dure-mère.

*
* *

A l'examen macro et microscopique de la tumeur, on reconnut un cholestéatome typique, dénomination de Johann Muller universellement adoptée aujourd'hui, mais à laquelle nous préférons, vu l'apparence extérieure et l'absence possible de cholestéarine, l'appellation de « tumeur nacrée » proposée par Cruveilhier.

Le diagnostic de cholestéatome étant très net, nous ne nous attarderons pas à le discuter ; il faudrait plutôt rechercher son point de départ. Nous savons que ces productions pathologiques peuvent surgir sur divers points de l'organisme, mais en nous limitant aux régions afférentes à notre cas, il se pourrait que la tumeur fût originaire des méninges, de la substance cérébrale ou de la caisse. Les cholestéatomes endocrâniens les plus répandus sont issus des méninges et précisément de la base du crâne, au voisinage de la scissure transversale postérieure et antérieure ; à l'examen du cerveau, cette origine semble admissible. Toutefois, dans notre cas, certaines particularités permettent d'affirmer que le cholestéatome a débuté dans la caisse. En effet, les parois de cette dernière, surtout du côté de l'attique, étaient tapissées de plaques de *nature cornée* encore adhérentes ; de plus, la muqueuse de l'attique à l'endroit que nous avons examiné présentait une telle cornéification qu'il était impossible de reconnaître sa structure primitive ; le tegmen tympani offrait la solution de continuité signalée plus haut et que l'on peut voir sur la figure dessinée d'après nature qui accompagne ce travail ⁽¹⁾.

(1) Voir n° de mai 1901.

Perforation des méninges sur un point correspondant à la lésion osseuse ; cependant le cholestéatome est certainement issu des parois de l'attique et de là, grâce à un processus d'ostéite raréfiante et d'atrophie, en comprimant les méninges, la voie s'ouvrit vers la cavité crânienne en continuant ensuite à se développer lentement et incessamment. Il est impossible d'admettre que le cholestéatome ait eu une origine diverse et suivi une autre voie. La présence de lamelles caractéristiques adhérentes aux parois de l'attique, la carie du tegmen expliquent clairement l'une et l'autre.

La compression, l'accroissement de la tumeur, la destruction de la substance encéphalique mirent plusieurs années pour atteindre le degré constaté à l'amphithéâtre ; ainsi s'expliquent les phénomènes de compensation vérifiés dans les centres nerveux et la formation d'un tissu réactif encapsulant la totalité de la tumeur. Ce dernier fait est exceptionnel dans le cholestéatome qui d'habitude est dépourvu de capsule (2).

A la suite de la démonstration de la nature cholestéatomateuse de la tumeur, une autre question s'impose : s'agit-il, dans notre cas, de cholestéatome *primitif* ou *secondaire* ? Pour résoudre ce problème, il faut d'abord donner la définition de ces deux variétés qui ne sont pas admises par tous les anatomo-pathologistes. En effet, Virchow (3 *bis*) regarde les cholestéatomes de l'oreille moyenne, comme des tumeurs hétérogènes, constituées par des éléments absolument étrangers au tissu d'origine. Mikulicz (4), Bættcher (5), Kuster (6) adoptent l'opinion de Virchow, puisqu'ils attribuent le cholestéatome de l'oreille moyenne à l'existence de germes épidermoïdaux inclus dans l'organe auditif à la période embryonnaire ; de plus, Kuster propose la dénomination de cystome branchiogène de l'os pétreux. En tout cas, cette théorie ne s'appliquait qu'à la minorité des cas, c'est-à-dire à des cholestéatomes implantés sur des muqueuses tympaniques normales ; d'ailleurs, la plupart surviennent à la suite d'otites moyennes suppurées chroniques, et les masses cholestéatomateuses se retrouvent dans les régions de l'oreille moyenne, telles que l'attique et l'antre, où le drainage du pus est entravé par des dispositions anatomiques particulières. Aussi la majeure partie des anatomo-

mo-pathologistes a-t-elle envisagé les rapports de cause à effet entre le cholestéatome et l'otite moyenne suppurée chronique. Un des champions ardents de cette théorie, Schmiegelow (7), de Copenhague, dit que cette lésion entretient sur la muqueuse de l'oreille moyenne des altérations identiques à celles qui se produisent dans le nez des ozéneux ; ici, comme dans les otorrhées chroniques, l'épithélium cylindrique s'évanouit pour céder la place à un véritable épiderme dont les couches disparaissent du nez au fur et à mesure de la desquamation. Pour expliquer la transformation épidermoïdale de la muqueuse tympanique, Bezold (8) et Habermann (8 *bis*) admettent, d'après les résultats de quelques observations, qu'il survient une invasion épidermique par les régions cutanées limitrophes, à travers une perforation tympanique dont les bords adhèrent à la muqueuse. Les auteurs basent leur opinion sur ce que, dans certains cas de cholestéatomes d'origine otorrhéique, la masse épidermoïdale était attenante à la peau du conduit au moyen d'une bande de tissu épidermoïdal, qui évidemment prenait naissance dans l'épiderme. Mais, si l'on voulait être exclusif, il faudrait méconnaître que si la théorie de Virchow-Mikulicz n'explique pas la plupart des cas de cholestéatomes consécutifs à des otites moyennes chroniques, l'autre hypothèse que nous avons énoncée ne jette aucun jour sur la genèse des cholestéatomes éclos sur des muqueuses tympaniques normales. Cependant, aujourd'hui on admet deux variétés de cholestéatomes, la forme primitive attribuée à la théorie des germes embryonnaires inclus et la catégorie secondaire à l'otite moyenne suppurée chronique.

*
* *

Toutefois, même en nous contentant de cette explication, plusieurs questions ne sont pas résolues ; comment se fait-il, par exemple, que les cholestéatomes de l'oreille moyenne soient si rares eu égard à la quantité énorme d'otorrhées provoquant la production et la rétention du pus. Les théories énoncées jusqu'ici ne nous expliquent pas pourquoi tantôt l'épiderme se borne à remplacer l'épithélium cylindrique de la muqueuse

tympanique (dans ce cas, il se produit un effet curatif qui met un terme aux suppurations prolongées), tandis qu'en d'autres occasions, il provoque la formation de couches épidermoïdales qui se séparent en une infinité de petites écailles et s'amoncellent pour constituer la masse cholestéatomateuse. Pourquoi cette dernière n'envahit-elle pas d'autres cavités aériennes péricrâniennes, telle que l'antre d'Highmore, par exemple, qui présenterait les mêmes conditions favorables au point de vue étiologique ? Pour résoudre ces problèmes, j'ai entrepris depuis quelque temps, au laboratoire anatomo-pathologique de Gènes, des recherches dont je ferai connaître sous peu le résultat dans un autre travail.

Portons maintenant notre attention sur la distinction entre les cholestéatomes primitifs et secondaires, et tâchons de savoir si le cholestéatome que nous avons observé appartient à l'une ou l'autre de ces catégories.

Ici l'anamnèse ne peut nous venir en aide ; nous ignorons si la malade a souffert d'otite moyenne suppurée chronique, et, d'autre part, nous avons trouvé, à l'autopsie, la cavité tympanique dans un tel état qu'il était impossible de reconnaître si les lésions qu'on y découvrit étaient primitives ou secondaires au développement du cholestéatome. Au cours de l'observation, on a prétendu que la malade était depuis longtemps sujette à des bourdonnements, mais on ne peut dire si ceux-ci étaient imputables à une otite ancienne ou encore en évolution, ou si, au contraire, on avait affaire à des phénomènes consécutifs au cholestéatome.

La substance ténue qu'on trouva dans la cavité tympanique lors de l'examen microscopique renfermait, ainsi que nous le vîmes, de nombreuses cellules purulentes et des coques amoncelés ; mais étant donné que cette substance, assimilable à du pus, existait seulement dans la caisse et particulièrement dans la portion cholestéatomateuse tournée vers la partie externe où siégeait la vaste perforation de la membrane et qu'on n'en rencontra nulle trace lors d'examens réitérés de la cavité endocrânienne, il est permis de supposer que la formation du pus était récente et qu'au lieu d'avoir précédé le cholestéatome, elle représentait au contraire un processus infectieux consé-

cutif à la pénétration de germes par le conduit auditif externe à la suite de la perforation membraneuse. Celle-ci serait donc secondaire à l'éclosion du cholestéatome, qui, probablement, après avoir engendré les symptômes d'ostéite raréfiante et la destruction du tegmen tympani, poursuit son œuvre d'usure sur la paroi externe et précisément sur la région étroitement limitée qui constitue l'extrémité inférieure externe de la cavité de l'attique. En admettant le caractère primitif du cholestéatome (tout en reconnaissant sa rareté), nous nous expliquons infiniment mieux que par la présence des adhérences, que la malade n'ait pas succombé à des accidents septiques, méningitiques ou encéphaliques, événement inéluctable s'il s'était agit d'un cholestéatome consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne. C'est à dessein que j'ai parlé des adhérences, car si l'on connaît des cas d'abcès cérébraux étendus à un lobe entier qui ont évolué sans bruit, et qu'on reconnut inopinément à l'amphithéâtre chez des individus dont la mort n'était pas due à la lésion cérébrale, ceci ne constitue pas la règle mais une singulière exception ; généralement, les auteurs qui font autorité (9) prétendent que le pus, après avoir pénétré dans le crâne, en dépit de l'existence de capsules opposant une résistance, se diffuse et annihile les efforts du chirurgien. Nous pouvons conclure que notre malade était affectée d'un cholestéatome né dans l'attique et dans l'antre, sans doute primitif, avec propagation au lobe temporo-sphénoïdal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1904.

*Président : M. NOQUET**Séance du 4^{er} mai (Suite).*1. RUAUT. — **Traitement physiologique de l'aphonie hystérique.**

2. J. GAREL. — **Sur un cas d'éversion ventriculaire.** — Il s'agit d'un malade qui entra dans mon service pour une anémie pernicieuse. La voix était légèrement altérée et l'on constata au miroir laryngé, au-dessus de la corde vocale gauche, une petite saillie dont la forme répondait exactement à ce que l'on décrit sous le nom de prolapsus du ventricule ou éversion ventriculaire.

Le malade mourut au bout de peu de jours des suites de son anémie. A l'autopsie on constata que la lésion qui simulait l'éversion ventriculaire n'était rien autre qu'un petit fibro-lipome implanté dans le ventricule gauche.

Une photographie stéréoscopique de la tumeur indique très nettement son siège et ses dimensions.

3. MOURET (de Montpellier). **De l'apophyse uniforme de l'ethmoïde proéminent dans le méat moyen.**

4. JOUSSET (de Lille). — **Opération d'Asch pour les déviations de la cloison du nez.** — L'opération d'Asch n'est pas encore pratiquée d'une façon courante en France. Cependant les travaux de Thomas, Gordon King, les recherches de Moure sur le traitement des déviations de la cloison prouvent que cette intervention peut rendre des services.

L'observation présentée par J..., prise dans un groupe de trois, montre qu'une déviation énorme de la cloison, due à une ancienne fracture des os et du nez et à une courbure exagérée de la por-

tion cartilagineuse, peut être combattue. La section des adhérences avec les cornets, l'incision cruciale de la partie cartilagineuse, le redressement avec la pince, le maintien avec des attelles en ébonite... peuvent se faire rapidement. L'outillage spécial demande une pince à redressement, un bistouri court et bien en mains, et, pour les cas spéciaux, les ciseaux d'Asch ou la pince coupante de Moure.

Le manuel opératoire recommandé par le chirurgien de Bordeaux semble devoir permettre un redressement du nez plus complet et plus heureux au point de vue plastique. La section verticale de la cloison porte plus près de l'arête du nez, la section horizontale est plus étendue et déplace un plus grand auvent.

Plusieurs remarques ont été présentées par J... L'extrait de capsules surrénales n'arrête pas toujours l'hémorrhagie et l'opérateur se trouvera bien de tamponner ou de mettre le malade dans la position de Ro-e. Les capsules en ébonite de Mayer sont difficiles à maintenir, les attelles en métal malléable de Moure sont préférables à cause de l'arrêtoire qu'elles portent inférieurement.

Les résultats obtenus par J., et pour la plastique, et pour l'entrée de l'air dans la poitrine qui se traduit par une augmentation du périmètre thoracique, par l'élévation du chiffre spirométrique, par la disparition de l'apnée, par la facilité plus grande de la diction... montrent le bien fondé de cette opération. On peut la proposer aux personnes qu'une déviation de la cloison gêne beaucoup, mais en les prévenant que cette intervention et le traitement consécutif demanderont un certain temps, c'est-à-dire une grande patience de leur part (le travail est accompagné de plusieurs photographies et schémas).

Séance du 2 mai

J. M. J. MOLINIÉ (de Marseille). — **Rapport sur l'hydrorrhée nasale.** — Bosworth qui, en 1889, créait le terme d'hydrorrhée nasale, entendait sous cette dénomination « une curieuse maladie des fosses nasales ayant pour principal symptôme un abondant écoulement, par le nez, de liquide aqueux ». Selon que le flux survient au milieu de phénomènes réactionnels ou en est dépourvu, il y a lieu, selon Bosworth, de distinguer deux formes d'hydrorrhée : une irritative, l'autre passive.

Cette description clinique, évidemment trop vague et trop générale, permet de grouper dans un même cadre des états patho-

logiques essentiellement différents, mais comparables par l'existence d'un symptôme commun.

Aussi divers auteurs ont-ils cherché à préciser le sens du mot *hydrorrhée* en limitant son acception à certaines catégories de faits dans lesquels l'écoulement, dépourvu de manifestations surajoutées ou indépendant de toute cause locale ou de voisinage, paraît être un phénomène essentiel et primitif.

Mais les groupes morbides ainsi créés se dissocient peu à peu, malgré leur homogénéité apparente, si bien que l'existence d'une *hydrorrhée* vraie et idiopathique devient de plus en plus douteuse. Il semble donc qu'à l'heure actuelle on doive comprendre sous cette dénomination, non pas une maladie déterminée, mais un symptôme relevant de pathogénies variées.

Nous devons, par conséquent, décrire les caractères et l'évolution clinique de ce symptôme dans chacun des troubles morbides dont il dépend et chercher la signification qu'il revêt avec l'état pathologique qu'il représente.

Les nombreux faits que nous sommes, par suite de cette conception, amenés à passer en revue, doivent être divisés en deux classes, *selon* que l'écoulement aqueux est sécrété par la pituitaire ou qu'il a son *origine* en dehors d'elle.

Dans une première classe nous plaçons sous le nom de *rhino-hydrorrhées entotopiques*, toutes les formes d'écoulement aqueux issu de la pituitaire.

Nous divisons ces états pathologiques en : a) *rhinites spasmodiques* ; b) *rhinites hydrorrhéiques* ; c) *rhinites réflexes* (à point de départ a) immédiat, b) éloigné).

La deuxième classe *rhino-hydrorrhées ectopiques* englobe toutes les variétés connues ou possibles d'écoulement aqueux originellement étranger à la pituitaire, c'est-à-dire : a) l'écoulement venant du cerveau (*cranio-hydrorrhée*) ; b) l'écoulement venant des sinus (*sinuso-hydrorrhée*).

Enfin, dans une troisième classe tout à fait accessoire et provisoire, nous rapportons, sous le nom de *rhino-hydrorrhées aberrantes*, les écoulements d'origine médicamenteuse et quelques cas isolés, qui n'ont pu être classés avec précision.

I. — RHINO-HYDRORRHÉES ENTOPIQUES

A. *Rhinites spasmodiques*. — Trousseau décrit dans ses cliniques une maladie singulière se manifestant par un coryza subit, accompagné d'éternuements violents et opiniâtres et d'écoulement

aqueux abondant. Cet ensemble de phénomènes étudié par Guéneau de Mussy est mis en parallèle par lui avec l'asthme des foins, et le résultat de ce rapprochement est la constitution d'un groupe morbide unique englobant les deux ordres de phénomènes sous le terme générique de rhino-bronchite spasmodique.

Plus tard, on a rangé ces manifestations dans le groupe de l'hydropnée nasale. L'écoulement aqueux n'est pourtant pas ici un phénomène essentiel, mais fait partie d'un ensemble morbide dont on ne peut légitimement le détacher.

Trois symptômes primordiaux (étternuements, larmolement, rhinorrhée séreuse) survenant par accès et affectant une allure paroxystique, caractérisent les rhinites spasmodiques. Un quatrième symptôme inconstant de l'asthme vient s'adjoindre aux trois autres dans un tiers des cas environ.

Le retour des crises est souvent sous la dépendance d'une cause déterminante pouvant varier dans chaque cas. C'est généralement une excitation sensorielle, sensitive ou thermique qui provoque l'apparition des crises. Mais certaines autres causes d'ordre psychique (émotions, images visuelles) ou physiologique (ingestion d'aliments) sont également susceptibles d'amener le retour des rhinites spasmodiques.

Nous admettons la légitimité de la fusion dans un même groupe morbide de l'asthme des foins et des rhinites spasmodiques en distinguant deux formes à cette maladie : l'une périodique, l'autre apériodique.

Ces rhinites spasmodiques peuvent être considérées comme des phénomènes réflexes vaso-moteurs et sécrétoires s'accomplissant dans le domaine du trijumeau et du pneumogastrique ; elles ont pour condition un état dyscrasique neuro-arthritique, et pour cause déterminante une excitation d'ordre variable, particulière à chaque cas. On a voulu faire dépendre ces manifestations de lésions nasales, mais celles-ci n'existent que dans un tiers des cas, leur rôle étiologique est donc très discutable. Toutefois, la pituitaire est parfois pourvue d'une sensibilité anormale, tantôt localisée (zone hyperesthésique), tantôt diffuse, qui paraît éminemment favorable à l'éclosion des phénomènes réactionnels.

Le traitement des rhinites spasmodiques doit tendre à modifier le terrain sur lequel elles évoluent. En outre, on doit, pendant la période de crises, diminuer l'irritabilité des centres et atténuer les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires. L'administration de l'atropine, associée à la strychnine, répond à ces indications (Lermoyez).

Le rôle causal et effectif pris par la muqueuse nasale dans les phénomènes sécrétoires, commande l'emploi d'une thérapeutique locale ; on utilisera les moyens propres à diminuer l'hyperesthésie de la muqueuse et à atténuer sa congestion. Les pulvérisations d'huile mentholée, de cocaïne, ont une action décongestionnante et anesthésique parfaitement appropriée à ce but. Les applications d'air chaud sont susceptibles, selon Lermoyez et Mahu, de donner de bons résultats. Les cautérisations galvaniques appliquées avec modération sont également très recommandables.

B. *Rhinites hydropuriques*. — Nous décrirons, sous ce titre, un certain nombre de rhino-hydropurées caractérisées par un écoulement de liquide d'une limpidité et d'une abondance extraordinaires, persistant pendant très longtemps, sans affecter la forme de crises.

L'apparition du flux est souvent précédée de sensations d'irritation dans le nez, quelquefois de pesanteur sur le front, on observe même des éternuements généralement espacés. Le nez se met ensuite à couler avec une abondance extraordinaire ; le liquide est généralement limpide comme de l'eau, il ne tache ni ne raidit le linge. La quantité émise est plus ou moins considérable, elle peut atteindre un litre par jour (Poulsen). L'écoulement se fait par les deux narines, avec prédominance d'un côté ; il dure plusieurs heures, parfois des journées entières et se calme généralement pendant le sommeil ; mais il y a quelques exceptions à cette règle. Le phénomène se reproduit quelquefois tous les jours, en toutes saisons, d'autres fois il paraît affecter une certaine périodicité et reparait à heures précises ou à certaines dates fixes.

Les rhinites hydropuriques se caractérisent donc par la longue durée du flux aqueux, et l'abondance extrême de la sécrétion. Cette exagération des troubles sécrétoires coïncide souvent avec l'atténuation des phénomènes réactionnels. Les éternuements que l'on observe sont généralement espacés et peu violents. En outre, la sécrétion n'apparaît pas toujours sous forme de crises, et sa relation avec une cause déterminante ne peut généralement être établie.

Examen du nez. — D'une façon générale, les rhinites hydropuriques s'accompagnent d'un aspect particulier de la muqueuse, qui est pâle et affaissée. Avec la durée de l'affection, la muqueuse s'hypertrophie, devient même flasque et polypoïde. Les portions hypertrophiées ont consistance molle ; elles se laissent aisément refouler par un stylet, mais reprennent peu à peu leur développement primitif dès que la pression cesse. La cocaïne

n'exerce pas d'action vaso-constrictive sur ces tissus, et leur sensibilité est parfois très émue.

Étiologie. — Il semble que les rhinites hydrorrhéiques soient l'expression de lésions pathologiques diverses. On rencontre, parmi les sujets atteints de cette manifestation, des arthritiques, des lymphatiques, des anémiques, des nerveux, des paludéens et des hépatiques. On n'a pu établir de relation précise entre le retour de l'écoulement et une excitation d'origine externe. Les seules circonstances susceptibles d'influer sur l'apparition ou la marche de l'écoulement, sont l'action du froid et les émotions.

Anatomie pathologique. — Chatellier a démontré l'existence, dans cette forme d'hydrorrhée, de canalicules perforants, traversant la base de la pituitaire perpendiculairement à sa surface, et venant s'ouvrir en entonnoir à la face interne du revêtement épithélial. L'extrémité profonde de ces canalicules communique, selon cet auteur, avec le réseau lymphatique profond.

Brindel a noté la disparition des glandes, la dilatation veineuse et la multiplication considérable des vaisseaux sanguins.

Pathogénie. Paralysie du trijumeau. — Bosworth considère cette hydrorrhée comme une exosmose séreuse continue de la pituitaire, due à une paralysie ou à un défaut de fonctionnement du trijumeau. Cette opinion est contredite par les cas de section de ce nerf, qui n'ont donné lieu à aucun trouble hydrorrhéique.

Troubles fonctionnels du ganglion sympathique supérieur. — John Mackenzie et Sajous attribuant au ganglion sympathique cervical supérieur une action vaso-constrictive sur les fibres sécrétoires, pensent que l'hydrorrhée est due à l'inhibition de ce ganglion.

Les observations de sympathectomie chez l'homme ne s'accompagnant pas de troubles osmotiques ou sécrétoires, on ne peut accorder au ganglion sympathique l'action physiologique qui lui est attribuée par ces auteurs.

Excitabilité des fibres sécrétoires. — Fink et Lermoyez, repoussant l'idée d'une exosmose séreuse, pensent que l'hydrorrhée est provoquée par l'hypersécrétion glandulaire ; celle-ci serait la conséquence d'une hyper-excitabilité anormale des fibres vaso-dilatatrices sécrétoires et sensitives contenues dans le nerf maxillaire supérieur.

A l'encontre de cette manière de voir peuvent être invoqués la composition du liquide, très pauvre en mucine et véritablement aqueux, et les résultats des examens anatomiques. Ceux-ci ayant permis de constater la disparition des glandes, démontrent, d'une

façon péremptoire, le défaut d'intervention de ces éléments dans la pathogénie des rhinites hydrorrhéiques.

Ecoulement de lymphe. — L'existence de canalicules perforants dont l'extrémité profonde se continue avec les vaisseaux lymphatiques, a permis à Chatellier d'émettre l'idée que le flux hydrorrhéique serait dû à l'issue de liquide lymphatique à travers ces nouvelles voies de communication. Le produit de l'hydrorrhée diffère trop de la lymphe pour que cette opinion puisse être acceptée.

L'idée qui paraît se dégager de cette revue des théories pathogéniques est que le liquide des rhinites hydrorrhéiques est constitué par du sérum sanguin. Mais le mécanisme pathogénique de cette extravasation est difficile à préciser. Elle paraît avoir pour condition une anomalie de tension dans les vaisseaux de la pituitaire.

Sommes-nous en présence d'une hypertension active ou d'une hypertension passive ?

A priori, la première hypothèse est la plus séduisante ; on comprend assez aisément une vaso-dilatation active due à un état d'excitabilité maladif des nerfs vaso-dilatateurs, le sérum filtrerait à travers les vaisseaux de la muqueuse nasale, comme il filtre à travers les vaisseaux du glomérule rénal, c'est-à-dire par simple excès de pression.

Mais la continuité de l'écoulement, l'aspect de la muqueuse pâle et anémiée, les examens histologiques montrant la dilatation veineuse semblent en faveur d'une vaso-dilatation passive par paralysie des vaso-constricteurs. La cause de cette paralysie peut être rattachée à des troubles dyscrasiques du ganglion de Meckel, peut-être réside-t-elle dans une altération des filets vaso-constricteurs contenus dans les nerfs sphéno-palatin et palatin postérieur.

Mais il est parfaitement possible que l'hydrorrhée soit une simple conséquence de la dégénérescence de la muqueuse.

De toutes les formes d'hydrorrhée que nous avons à passer en revue, celle-ci paraît la mieux fondée à prétendre au titre d'hydrorrhée nasale vraie, mais la pathogénie de cette manifestation est encore trop confuse pour qu'on puisse se prononcer dans le sens de l'affirmative, surtout en raison des relations que l'écoulement paraît affecter avec les lésions nasales.

Traitement. — On formulera le traitement général le mieux adapté aux indications qui ressortent de la diathèse que l'on se propose de combattre. Le traitement local a une très grande im-

portance, à notre avis : il doit avoir pour principal objectif la modification ou la suppression des portions de muqueuse dégénérée.

C. Rhinites réflexes. — Nous ne ferons que signaler les écoulements aqueux réflexes. Ils peuvent être la conséquence d'une irritation : a) intra-nasale (attouchements, poussières, corps étrangers mobiles) ; b) extra-nasale. L'action du froid constitue une des principales causes d'hydrorrhée réflexe extra-nasale, elle peut donner lieu à un écoulement durable et abondant, particulièrement chez les sujets âgés ou chez les sujets jeunes à circulation ralentie.

Avant de clore ce chapitre, nous devons justifier la division que nous avons faite de ces hydrorrhées en trois types cliniques. L'existence des hydrorrhées réflexes est indiscutable, nous devons défendre la légitimité de la séparation que nous avons établie entre les rhinites spasmodiques et les rhinites hydrorrhéiques.

Qu'elles soient périodiques ou dépourvues de périodicité, les premières ont une allure clinique très caractérisée, une netteté de formes remarquable. Elles sont constituées par des accès paroxystiques survenant sous des influences variables, dont les symptômes constitutifs ont entre eux une coordination régulière, un rapport étroit. Chaque accès se déroule dans un ordre déterminé, a une durée limitée et les crises sont séparées par des intervalles de repos.

Par contre, les rhinites hydrorrhéiques sont d'une symptomatologie vague et peu précise. Souvent dépourvues de signes réactionnels, elles se réduisent parfois à un seul symptôme trainant en longueur pendant des périodes d'une durée illimitée. On ne peut assigner à l'hypersécrétion des rhinites hydrorrhéiques aucune relation avec une cause externe. Les rhinites spasmodiques ont leur élaboration dans le bulbe, les phénomènes constitutifs des rhinites hydrorrhéiques s'accomplissent dans un territoire nerveux plus restreint ; peut-être sont-elles la résultante d'une lésion locale.

II. — RHINO-HYDRORRHÉES ECTOPIQUES

A. Cranio-hydrorrhée. — L'écoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien peut être :

a) Traumatique. — Il succède généralement à un traumatisme de la tête et plus particulièrement de la région frontale. Le liquide céphalo-rachidien peut s'écouler en abondance, à travers

un trait de fracture de la base du crâne passant au niveau de l'ethmoïde.

b) Spontané. — Huguenin rapporte quatre faits de guérisons de l'hydrocéphalie à la suite de l'évacuation de liquide céphalo-rachidien par le nez. Ici le phénomène a été passager. Dans beaucoup d'autres cas dont nous voulons entreprendre l'étude, il a été durable.

Tillaux est, croyons-nous, le premier auteur qui ait rapporté une observation d'issue de liquide céphalo-rachidien par le nez. Nous avons recueilli vingt-deux observations postérieures à la sienne, dues à Leber, Toison et Lenoble, Mathiessen, W. Mackenzie, Gutsche, Nothnagel, Groh, Edouard Meyer, Priestley Smith, Nettleship, Mermod, Berg, Güntz, Wollenberg, Körner, Sheppergrell, Saint-Clair Thomson, Mac Caskey, Freudenthal, Fisher, Castex.

Les travaux d'ensemble les plus importants sur ce sujet sont dus à Leber, Wollenberg et Saint-Clair Thomson.

Ce dernier considère ce phénomène comme une maladie qu'il dénomme rhinorrhée cérébro-spinale. Nous préférons le terme de cranio-hydrorrhée qui indique l'origine et les caractères de l'écoulement.

Symptomatologie. — La cranio-hydrorrhée apparaît sous la forme d'un écoulement par le nez de liquide clair et limpide tombant goutte à goutte d'une narine et pouvant persister pendant de très longues périodes (de deux mois à neuf ans) tantôt sans interruption, d'autres fois avec quelques interruptions de durée variable.

Le flux de liquide céphalo-rachidien s'effectue sans douleur. Les seules sensations perçues par le malade sont un léger chatouillement dans les fosses nasales ou une impression de froid dans l'intérieur ou à l'extrémité du nez ; on ne constate aucun signe d'irritation locale du pourtour des narines ou de la lèvre supérieure.

L'écoulement est presque toujours unilatéral et siège dans la proportion de 70 % du côté gauche. Une fois établie d'un côté, la sécrétion y persiste généralement d'une façon définitive. Toutefois, Leber a signalé une alternance de l'écoulement qui cessait et reprenait tantôt d'un côté et tantôt de l'autre.

La quantité de liquide émise est toujours abondante ; elle oscille, dans la généralité des cas, entre 200 et 500 grammes, elle peut atteindre des proportions plus considérables : 4 500 grammes dans le cas de Baxter, 2 litres dans celui de Nothnagel.

L'intensité du flux ne subit que peu de variations chez un même malade. Elle pourrait, selon certains auteurs, s'accroître sous l'influence des émotions ou des fatigues physiques. L'attitude de la tête exerce une action prépondérante sur les modifications quantitatives de l'écoulement. Celui-ci peut s'arrêter lorsque le malade tient la tête verticale (Tillaux) ou pendant le décubitus dorsal (Freudenthal). Par contre, l'inclinaison de la tête en avant produit un accroissement de la sécrétion qui peut former un écoulement continu, comme celui d'un robinet ouvert (Freudenthal), Nothnagel). Le liquide est clair comme de l'eau de roche, il n'empêche ni ne tache le linge, il est inodore et a parfois une saveur légèrement salée. La réaction est faiblement alcaline, sa densité varie entre 1005 et 1010. Il contient des matières minérales (chlorures de sodium et de potassium, phosphates et sulfates). L'albumine peut s'y rencontrer à faibles doses. La mucine fait complètement défaut. Le liquide de la cranio-hydrorrhée réduit la liqueur de Fehling par l'ébullition, cette réaction est due, selon Halliburton, à la pyrocatéchine.

Troubles prémonitoires. — Dans tous les cas sauf un (Gutsche), on a noté l'existence de céphalées antérieures à l'écoulement. Le début des céphalées remontait, dans certains cas, à une date très ancienne ; dans d'autres, leur apparition précédait seulement de quelques mois l'issue du liquide céphalo-rachidien. Généralisées ou locales, les douleurs de tête peuvent atteindre un degré extrême, une violence inouïe. Leur intensité est presque immédiatement calmée par l'écoulement. Dans un tiers des cas environ, la céphalée est le seul symptôme prodromique. On observe, dans quelques cas, son association avec des troubles oculaires (affaiblissement de la vue, cécité) qui peuvent précéder de plusieurs années l'apparition de la cranio-hydrorrhée. D'autres fois se joignent à ces symptômes des désordres nerveux divers, abattement, prostration, vomissements, crises épileptiformes (Baxter, Nettleship), troubles parétiques ou paralytiques du trijumeau et du facial (Wollenberg), paraplégie (Priestley Smith).

Début. — Le flux est aqueux d'emblée, bien qu'on l'ait vu, dans quelques cas très rares, succéder à une sécrétion épaisse ou purulente (Mermod) ; on ne saurait tirer de cette succession des deux variétés d'écoulement une preuve de leur corrélation.

Phénomènes concomitants. — Dans un tiers des cas environ la cranio-hydrorrhée constitue toute la maladie, et, hormis la céphalée intermittente, ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé. Chez quelques autres malades les troubles oculaires s'ajoutent

aux céphalées avec conservation d'un bon état général. Mais, dans la moitié environ des observations que nous avons recueillies, les troubles pathologiques surajoutés revêtent une telle gravité que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien devient un phénomène secondaire et accessoire. Parmi ces manifestations pathologiques on a observé :

Des troubles de la motricité, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, des fibres motrices du trijumeau, du facial, de l'hypoglosse et une fois la paraplégie.

Des troubles de la sensibilité, anesthésie et paresthésie du trijumeau, névralgies (faciales ou frontales).

Des désordres nerveux variés, tantôt de la dépression (apathie, asthénie, torpeur), d'autres fois de l'excitation motrice (agitation, insomnie, secousses nerveuses).

L'hystérie, l'épilepsie, les convulsions, les vomissements, le vertige ont été rencontrés quoique avec une moindre fréquence.

Troubles sensoriels. — Les troubles oculaires sont très fréquents ; ils précèdent souvent de plusieurs années la cranio-hydroorrhée ; ils se développent d'autres fois dans le cours de l'écoulement. Ils sont caractérisés par la diminution progressive de l'acuité visuelle pouvant conduire à la cécité. La lésion oculaire est la névrite optique parfois précédée de stase papillaire et conduisant à l'atrophie de la papille. Certains auteurs ont observé le défaut de réaction de la pupille, le myosis, d'autres fois la dilatation. Le nystagmus et l'exophtalmie sont signalés chacun une fois.

Olfaction. — Généralement intact, l'odorat était aboli chez les malades de Leber et de Nothnagel. Cette anosmie correspondait, dans ce dernier cas, à l'atrophie des nerfs olfactifs. Les troubles gustatifs sont exceptionnels.

Audition. — Les troubles de l'appareil auditif observés sont les bruits subjectifs, les hallucinations de l'ouïe et la surdité.

Dans les cas de Mac Caskey et de Freudenthal la surdité disparaissait avec l'établissement du flux.

Les troubles intellectuels ou mentaux sont nuls.

Les diverses fonctions s'accomplissent à peu près toujours d'une façon normale, la soif n'est pas exagérée, malgré la soustraction considérable de liquide.

L'examen rhinoscopique permet de constater que la muqueuse nasale est toujours normale, l'exploration des sinus par les moyens habituels donne, en général, des résultats négatifs.

Marche, durée, terminaison. — L'écoulement suit une marche continue et régulière pendant des mois et des années. Il subit, cependant, parfois des temps d'arrêt ayant habituellement une durée de quelques jours, mais pouvant être exceptionnellement de plusieurs années. En règle générale, les périodes d'arrêt du flux s'accompagnent d'une aggravation des phénomènes généraux, la céphalée, en particulier, subit une recrudescence notable. La durée de cette cranio-hydrorrhée est impossible à fixer. Elle persista pendant neuf années dans le cas de Sheppegrell.

La guérison est exceptionnelle, les cas rares d'ailleurs de terminaison favorable n'étaient peut-être que des périodes d'arrêt temporaire. Des interruptions d'une durée de plusieurs années peuvent séparer deux atteintes de cranio-hydrorrhée. D'après les documents que nous avons pu recueillir, la terminaison fatale est survenue dans la moitié des cas. Voici comment se répartissent les décès. Une fois la cause de la mort est restée ignorée (Körner). Une fois la malade est morte de consommation (Sheppegrell) ; six fois une complication cérébrale aiguë a emporté le malade (Tillaux, Güntz, Gutsche, Edouard Meyer, Mermod, Leber). Trois fois les malades ont succombé aux progrès d'une tumeur cérébrale (Mac Caskey, Wollenberg, Nothnagel).

L'issue fatale est survenue tantôt en plein écoulement, d'autres fois après son arrêt.

Etiologie. — Les deux sexes sont atteints dans une égale proportion, l'âge moyen de quinze à trente ans est la période de la vie où la cranio-hydrorrhée présente son maximum de fréquence. Les observations ne donnent que peu de renseignements sur les antécédents héréditaires. Les antécédents personnels démontrent dans trois cas l'hydrocéphalie congénitale. Les traumatismes ont été observés dans trois cas.

Anatomie pathologique. — Sur le total des décès nous trouvons huit autopsies qui ont fourni les constatations suivantes : l'existence d'une voie de communication entre le cerveau et le nez, à travers l'ethmoïde atteint de carie, paraît établie d'une façon à peu près sûre dans le cas de Güntz. A l'autopsie de son sujet Wollenberg a constaté l'existence d'un prolongement des cornes frontales des ventricules latéraux qui venaient s'ouvrir dans les cellules ethmoïdales. Le liquide ne provenait donc pas des espaces sous-dure-mériens, mais des ventricules d'où il s'écoulait librement dans le nez.

Dans le second cas (Mermod) il existait un petit orifice en ar-

rière de l'apophyse crista galli. Aucune autre autopsie n'a permis de constater de solution de continuité à la base du crâne. Des signes d'infection aiguë ont été rencontrés très souvent. Baxter a signalé dans son cas l'épaississement des os du crâne ; il existait dans 4 cas des signes d'hydrocéphalie chronique (dilatation des ventricules).

Quatre fois il existait une tumeur de l'encéphale ayant pour siège les tubercules quadrijumeaux (Nothnagel), la glande pituitaire (Gutsche), le lobe occipital (Wollenberg), le cervelet (Mac Caskey).

Pathogénie. — La migration du liquide céphalo-rachidien du crâne vers le nez implique, entre ces deux cavités, l'existence de moyens de communication parmi lesquels la perforation de la base du crâne est le plus volontiers incriminée.

Les hypothèses émises pour expliquer la nature et l'origine de cette solution de continuité sont les suivantes :

1^o Ouverture traumatique consécutive à une intervention intranasale (Tillaux).

2^o Ouverture pathologique provoquée par une tumeur de l'apophyse (Kœrner), par une hydropisie des ventricules (Wollenberg).

3^o Ouverture physiologique par déhiscences des parois latérales du corps du sphénoïde.

4^o Ouverture congénitale à travers laquelle s'engagerait la dure-mère, formant une méningocèle dont la rupture permettrait le libre écoulement de liquide céphalo-rachidien (Saint-Clair Thomson).

Ces hypothèses, parfaitement plausibles, n'ont reçu aucune vérification ; dans la plupart des autopsies il n'y avait point de solution de continuité. Le liquide doit donc emprunter des voies nouvelles qui sont :

1^o Les gaines périneurales, dont la continuité avec les espaces sous-arachnoïdiens a été démontrée par Schwalbe, Axel Key et Retzius.

2^o Les trous de la lame criblée, dont certains sont dépourvus de filets nerveux et simplement comblés par un bourrelet arachnoïdien.

3^o Les voies lymphatiques qui, partant des espaces sous-arachnoïdiens, vont s'ouvrir à la surface de la muqueuse nasale (Axel Key et Retzius).

Ces moyens virtuels de communication étant normalement imperméables au liquide céphalo-rachidien, celui-ci ne s'écoule pas

du crâne par défaut de contention, mais réussit à pénétrer mécaniquement les voies sus-indiquées en vertu d'un excès de pression. Cette hypertension du liquide intra-cranien est démontrée par des phénomènes de compression cérébrale qui précèdent la cranie-hydrorrhée et sont atténués par l'écoulement.

L'excès de pression du liquide céphalo-rachidien reconnaît pour cause trois processus morbides habituels qui sont : 1° une diminution de la capacité crânienne ; 2° une augmentation de volume du cervelet ; 3° une surproduction de liquide. Cette dernière condition est certainement la **plus fréquente**, car elle est très souvent la résultante des deux premières ; on peut dire qu'en règle générale la cranie-hydrorrhée succède directement à une hydrocéphalie en comprenant sous ce mot un état pathologique dans lequel la proportion de liquide céphalo-rachidien dépasse la normale. La symptomatologie de la cranie-hydrorrhée (céphalées, phénomènes de compressions cérébrales, troubles oculaires, convulsions, vomissements, vertiges) est caractéristique de l'hydrocéphalie chronique. L'existence de celle-ci chez les cranie-hydrorrhéiques est encore démontrée par les résultats anatomopathologiques. Leber, Guntz, Wollenberg ont observé à l'autopsie de leurs malades des signes non douteux d'hydrocéphalie, c'est-à-dire la dilatation des ventricules qui, en comprimant les bandes optiques, amenait leur atrophie et expliquait les phénomènes oculaires. Les autopsies négatives sur ce point ne prouvent rien contre l'hypothèse d'une hydrocéphalie. Celle-ci peut exister sans lésions microscopiques appréciables si ses effets fâcheux sont palliés dans une mesure suffisante par l'écoulement.

L'hydrocéphalie n'est pas un phénomène essentiel, mais la conséquence d'un état pathologique encéphalique. Elle succède à des encéphalopathies de gravité variable (états chroniques inflammatoires, processus exsudatif ventriculaire, néoplasies, etc.). Ces facteurs d'épanchement cérébral ont une symptomatologie parfaitement en harmonie avec les troubles prodromiques de la cranie-hydrorrhée. Cette manifestation révèle donc l'existence d'un état cérébral pathologique. Elle n'est pas, par conséquent, une maladie mais un phénomène secondaire. De plus, l'interprétation pathogénique que nous donnons de la cranie-hydrorrhée la représente comme un événement salubre, comme un phénomène de détente.

Causes de la mort. — L'issue fatale est due parfois à la marche progressive des lésions cérébrales. Dans d'autres cas, le cerveau

paraît très bien tolérer les lésions qui ont donné naissance à la cranio-hydrorrhée, et la mort survient à la suite d'un état infectieux intra-cranien aigu. Cette complication si fréquente est due, en majeure partie, aux conditions anormales qui favorisent ou accompagnent le flux de liquide céphalo-rachidien ; ce sont : un état de réceptivité morbide et une vulnérabilité plus grande du cerveau. Les voies de communication néoformées créent vraisemblablement une porte d'entrée aux influences nocives, aux infections venues du dehors ; si bien que la cranio-hydrorrhée, heureux dérivatif à l'hypertension cérébrale, est un événement fâcheux au point de vue de la sécurité du cerveau.

Pronostic. — Cette pathogénie de l'issue du liquide céphalo-rachidien représente cette manifestation comme un événement grave, puisqu'elle est souvent l'indice d'une lésion qui porte avec elle son arrêt fatal. Même dans les cas où la cranio-hydrorrhée coexiste avec un état cérébral bénin, son pronostic est rendu très sombre par la menace de complications infectieuses.

Traitement. — On ne doit point essayer d'arrêter le flux céphalo-rachidien. Toute tentative dans ce sens, outre qu'elle serait injustifiée et inefficace, pourrait être nuisible. La seule thérapeutique permise est celle qui s'adresse à la cause initiale des accidents.

B. Sinuso-hydrorrhée. — L'existence d'une hydrorrhée ayant son origine dans les cavités annexes des fosses nasales, est démontrée par les observations d'Anderson, Edmond Meyer, Delie, Berg. Dans tous ces cas, l'écoulement disparaît avec la suppression d'une lésion du sinus. Le flux est ici aqueux, et plus ou moins limpide, il s'écoule goutte à goutte d'une seule narine, mais il peut aussi bien être bilatéral ; il persiste nuit et jour pendant une longue période. Son abondance peut être très considérable, elle est généralement constante chez un même sujet. Les symptômes surajoutés peuvent varier avec le sinus atteint. Lorsque l'antre d'Hyghmore est le siège de l'écoulement, les phénomènes concomitants peuvent être nuls ; en général, ils sont peu accusés ; exceptionnellement, on peut observer des céphalées diffuses et très violentes.

Nous ne connaissons aucun cas d'hydrorrhée du sinus frontal : sa symptomatologie, si elle existe, doit rappeler celle des sinusites frontales. Le sinus sphénoïdal a été le siège de l'hydrorrhée dans un cas rapporté par Berg, cet auteur a noté chez son sujet des céphalées constantes, de l'exophtalmie, de l'atrophie de la papille. Ce liquide n'a pas, dans tous les cas, une composition iden-

tique, il est quelquefois un peu épais, filant ou colloïde, sa densité est de 1005 à 1015. Il contient des matières minérales, et parfois des cristaux de cholestérine. La pyrocatéchine fait toujours défaut.

Il semble résulter des cas que nous avons recueillis que la sinuso-hydrorrhée a presque toujours pour conditions une lésion du sinus (polypes, dégénérescence kystique de la muqueuse, hydropisie). Le seul traitement applicable à cette manifestation est le traitement chirurgical.

Le diagnostic entre la cranio-hydrorrhée et la sinuso-hydrorrhée est parfois assez délicat ; on est autorisé, pour l'établir, de pratiquer la ponction des sinus, qui fournira des renseignements très importants.

Malgré les éléments d'appréciation qui sont exposés dans ce rapport, certains faits restent inexplicables ; nous les groupons dans une catégorie spéciale que nous appelons rhino-hydrorrhées aberrantes.

Mais, en règle générale, les signes distinctifs que nous avons exposés suffiront à déterminer le siège originel de l'écoulement. Cette notion permettra d'établir, d'une façon assez exacte, la valeur et la signification de l'hydrorrhée.

6. GAUDIER (de Lille). — De l'hydrorrhée nasale.

7. AUGIÉRAS (de Laval). — Un cas d'hydrorrhée nasale consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire.

8. BRINDEL (de Bordeaux). — De la pathogénie de l'hydrorrhée nasale dans le coryza spasmodique avec examen histologique des muqueuses hydrorrhéiques. — Mes recherches, qui ne sont que la continuation de celles dont j'ai exposé les premiers résultats à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 2 décembre 1898, ont porté sur des coryzas spasmodiques avec hydrorrhée intermittente.

Sur les muqueuses hydrorrhéiques soumises à l'examen microscopique 55 % renfermaient très peu ou pas du tout de glandes ; 22 % n'en possédaient qu'une couronne à une seule rangée, immédiatement au-dessous de l'épithélium ; 22 % enfin en contenaient, au contraire, un assez grand nombre.

Sur une muqueuse enlevée en pleine période de crise hydrorrhéique il n'existait que de très rares glandes à l'état de repos.

L'absence totale ou, du moins, la très grande rareté du tissu

glandulaire dans la muqueuse atteinte d'hydropnée, démontre la non ingérence des glandes dans la production du liquide excrété.

D'autre part, l'accumulation des cellules rondes au voisinage de l'épithélium, la dilatation veineuse et la multiplication considérable des vaisseaux sanguins, les extravasations sanguines au milieu du tissu muqueux, principalement au voisinage de la surface, la desquamation épithéliale au niveau de l'infiltration leucocytaire permettent de considérer le liquide hydropnéique comme le résultat, non d'une sécrétion glandulaire, mais bien d'une transsudation du sérum sanguin à travers les mailles du tissu conjonctif de la muqueuse, d'une sorte d'œdème avec excrétion immédiate du liquide extravasé. Cet œdème serait occasionné lui-même par une congestion veineuse intense caractérisant le coryza spasmodique.

9. LUC. — Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-osseuse. —

CONCLUSIONS. — 1^o En opposition avec l'abcès sous-périostique mastoïdien, proprement dit, lié le plus souvent à l'existence d'une collection purulente dans l'antre ou les cellules mastoïdiennes, et survenant ordinairement dans le cours de suppurations profuses de la caisse, il y a lieu de décrire une périostite de la fosse temporale apparaissant plutôt dans le cours d'otites aiguës fugaces, avec épanchement intra-tympanique le plus souvent insignifiant ;

2^o Il semble que, dans ces cas, l'infection partie du naso-pharynx ne fasse que traverser la trompe et la caisse pour aller se cantonner à la face profonde du périoste temporal ;

3^o Sans doute, par suite du siège primitif du foyer dans un tissu où il éprouve peu de résistance à sa diffusion, l'affection ne s'accompagne pas des manifestations douloureuses intenses qui marquent d'ordinaire le début de la rétention purulente dans les cavités de l'apophyse mastoïde ;

4^o Avec accompagnement d'un degré très variable de fièvre, le début de la périostite temporale est caractérisé cliniquement par l'apparition d'un gonflement œdémateux, siégeant non en arrière, mais au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille, et pouvant s'étendre jusqu'à la paupière supérieure de l'œil du côté correspondant ;

5^o Les parties tuméfiées offrent une sensibilité douloureuse modérée à la pression du doigt. Au contraire, la région mastoïdienne à proprement parler, tant la base que la pointe de l'apophyse, n'est pas douloureuse à la pression ;

6° L'affection peut être unilatérale ou bilatérale d'emblée ;

7° Elle peut se terminer par résolution ou aboutir à la suppuration ;

8° Dans ce dernier cas, l'abcès se collecte au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif qui représente le point le plus déclive du foyer, déterminant un abaissement du tégument à ce niveau ;

9° Ce point représente le lieu d'élection pour l'ouverture et le drainage de l'abcès ;

10° Cette indication est remplie de la façon la plus simple par la succession des manœuvres suivantes : anesthésie du tégument par l'injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50 ; incision du tégument jusqu'à l'os, sur toute la longueur de la paroi supérieure du conduit, au moyen d'un bistouri long et mince ; expulsion du pus par pression de la région temporale ; maintien de la plaie ouverte pendant un jour ou deux au moyen d'un drain qu'on introduit facilement dans le foyer, grâce à l'emploi d'un spéculum bivalve, dont l'écartement entraîne celui des lèvres de la plaie ; pansement humide puis sec ;

11° A la suite de ce traitement la guérison complète est ordinairement obtenue dans l'espace d'une semaine.

10. GORIS (Bruxelles). — **Œsophagorraphie après extirpation du larynx.** — Le D^r Goris expose le procédé d'œsophagorraphie auquel il a recours après l'extirpation partielle ou totale du larynx.

L'œsophage tapissé de ses muscles est souvent, après l'extirpation du larynx, un obstacle à la respiration et à la déglutition, parce que, détaché du larynx, il forme une masse musculo-membraneuse encombrant le champ opératoire.

Dans un premier cas (résection de la moitié du larynx), il dut, trois semaines après l'opération, enlever la partie de l'œsophage qui obstruait la lumière du canal laryngo-trachéal.

Dans un second cas, il dut (résection également de la moitié du larynx) suturer l'œsophage avivé à la muqueuse du larynx pour permettre au malade d'avaler.

Enfin, dans un troisième cas (extirpation totale), l'auteur fit d'emblée l'extirpation en angle de toute la partie de l'œsophage, et reconstitua, par la suture à points de Lambert, le tube œsophagien. Quatre jours après le malade pouvait déglutir.

11. RAOULT (Nancy). — **De la laryngite striduleuse prolongée au**

cours de la grippe. — Malgré les travaux de Touchard et de Bar, la forme prolongée de la laryngite striduleuse est encore peu connue. Elle se manifeste surtout au cours de la grippe et simule le croup par le début lent de la dyspnée, le tirage, les caractères de la voix rauque et voilée. Seul l'examen laryngoscopique confirme le diagnostic.

L'inflammation, qui peut aller jusqu'à provoquer un spasme complet, porte sur l'épiglotte, le vestibule et la région sous-glottique. C'est là le point le plus important et probablement la cause qui entretient la durée de l'affection.

Chez deux de mes malades la dyspnée a persisté pendant dix jours.

Cette forme de laryngite n'est pas extrêmement rare. L'enquête que j'ai faite auprès de mes confrères de la ville me l'a prouvé. Elle a été vue surtout au cours de la grippe. M. Haushalter en a observé trois cas coïncidant avec la rougeole et la variole. On l'a vue d'autres fois pendant les poussées dentaires.

12. L. BAR (Nice). — **Cas de pyohémie otique, avec dermatomyosite, sans thrombophlébite apparente du sinus. Guérison.** — Une femme de 65 ans fut prise d'une otite streptococcique de nature grip-pale par voie pharyngotubaire. Cette otite bientôt s'étendit à la mastoïde et donna, avec frisson et fièvre, comme premier phénomène pyohémique, un ensemble de phénomènes douloureux avec contracture de la région carotidienne et de la nuque qui faisaient penser, malgré l'absence de cordon jugulaire, à une thrombophlébite de cette veine interne ou à une thrombose semblable des veines, les condylomes, surtout, qui affluents dans la jugulaire postérieure. Une trépanation de la mastoïde avec ouverture du sinus qui parut sain écarta tout diagnostic de thrombose du sinus latéral et permit de penser que nous avions là une de ces pyohémies otiques qui évoluent en dehors de tout état thrombotique du sinus; pyohémies classées par Körner et Brieger; niées par Laurens et dont Laurens cependant rapportait récemment encore des observations indiscutables.

Un pseudorhumatisme infectieux, tel que Joffroy les a autre-fois décrits, une dermatomyosite (affection des plus rares) localisée à la région antérieure de la cuisse gauche, furent les signes d'une métastase évidente, métastase qui, dans cette variété de pyhémie, frappe plutôt la circulation périphérique, laissant toute-fois un pronostic favorable. En dernière période, notre malade

faillit toutefois encore succomber à une cardiopathie (myocardite ou infarctus cardiaque) et finit enfin par guérir.

Nous nous rattachons à la théorie pathogénique de Körner.

13. JACQUES (Nancy). — **Mastoidite de Bezold et thrombo-phlébite du sinus latéral.** — L'observation dont il s'agit concerne un homme de 35 ans qui, six ans après un évidement pétro-mastoïdien dont les suites ne furent pas surveillées, se vit atteint d'accidents aigus de rétention purulente par suite de l'oblitération progressive du conduit par des ostéophytes partis de l'ancienne plaie opératoire. Un nouveau conduit fut foré, la caisse et l'antre réunis, décapés et drainés. Les accidents douloureux cessèrent aussitôt et définitivement cependant que la température demeurait un peu supérieure à la normale ainsi que le pouls. Quinze jours plus tard, la région rétro-auriculaire s'empâte et un phlegmon profond vient s'ouvrir dans le conduit entre l'apophyse et les parties molles. Il s'agissait évidemment d'une mastoidite de Bezold ayant insidieusement évolué. En même temps survinrent de grands frissons et un état général rapidement grave. Moins d'un mois après la première intervention, le malade fut réopéré *in extremis* en pleine septicémie. Le sinus latéral fut trouvé thrombosé dans toute l'étendue de sa portion mastoïdienne : incisé, il laissa échapper une cuillerée à café de pus jaune franc nullement fétide. Le bénéfice de l'ouverture du foyer veineux ne tarda pas à se manifester : les accès fébriles cessèrent complètement pendant trois jours, pour reparaitre ensuite avec une intensité moindre ; la sécrétion purulente, suspendue pendant quarante-huit heures, reprit normalement ; bref, les accidents de septicopyohémie aigus furent conjurés, mais pendant plus d'un mois encore, la résorption septique entretint des poussées fébriles et nécessita de nombreux débridements : la veine jugulaire elle-même fut liée, sans résultats du reste. Le patient, rentré chez lui, était en voie d'amélioration, quand, deux mois après la première intervention, il succomba aux suites d'une infection tétanique intercurrente.

L'intérêt de cette observation réside dans l'origine et la filiation des accidents, la longue durée des accidents septicémiques, absence complète de métastase pulmonaire et la toxicité toute spéciale du pus, dont la flore, essentiellement composée d'espèces anaérobies, rappelait exactement celle de certaines pleurésies puritrices.

14. ESCAT (de Toulouse). — **Volumineux chondrome nasal opéré**

par les voies naturelles. — J'ai opéré, le 3 janvier 1904, avec l'assistance de mes confrères, Boyals (de Rabastens) et Henri Lajaunie (d'Ax-les-Thermes), un chondrome nasal du volume d'un œuf de dinde qui avait envahi toute la fosse nasale gauche et commençait à effondrer la voûte palatine, sur la face inférieure de laquelle existait déjà une élévation exulcérée.

Il s'agissait d'une récidence : quatre ans auparavant le malade, âgé de 62 ans, avait subi avec succès l'opération d'Ollier entre les mains d'un chirurgien ; actuellement il se refusait catégoriquement à une deuxième résection du nez ; mais il consentait à une opération par les voies naturelles.

Le sujet étant chloroformé, je tamponnai le naso-pharynx pour éviter la descente du sang dans les voies respiratoires.

Sous l'éclairage frontal, je détachai la tumeur adhérente, par toutes ses faces, avec une gouge coudée à 180° construite par Collin. La tumeur se brisa comme du sucre ; l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de chondrome hyalin.

Extraction des fragments avec la curette, hémorrhagie spontanément arrêtée, tamponnement à la gaze. Trois jours après, curetage dans la position rhinoscopique et sous l'anesthésie cocaïnique des restes de la tumeur. Destruction de quelques points suspects par l'acide chromique qui eut l'inconvénient de produire une perforation de la cloison cartilagineuse. Trois semaines après, cicatrisation complète. Je n'ai pu poursuivre le pédicule dans la région fronto-ethmoïdale, mais le chirurgien, avec tout le jour que donne l'opération d'Ollier, n'y était pas parvenu non plus puisque la récidence s'était produite. J'ai l'intention de traiter le pédicule ultérieurement par l'électrolyse dès qu'il tendra à proliférer.

15. LERMOYER ET MAHU. — Nouveau procédé d'autoplastie pour former l'orifice rétro-auriculaire permanent consécutif aux évènements pétro-mastoldiens guéris. — (Publié in-extenso dans ce numéro de juin).

16. LAVRAND (de Lille). — Deux cas de laryngofissure. — OBS. I. — Un portefaix de 48 ans vient se plaindre d'une raucité de la voix. L'examen laryngoscopique laisse découvrir une ulcération sur une des cordes vocales, bien limitée à la moitié antérieure. Le diagnostic de carcinome ne fait pas le moindre doute. Cet homme est trachéotomisé, puis, au bout de quelques jours, on pratique la laryngofissure. La tumeur très limitée est enlevée aussi largement que

possible. La guérison s'obtient rapidement et la santé générale redevient très bonne.

Au bout de quelques mois, il y a récive. En l'absence de tout envahissement ganglionnaire on enlève tout le larynx. L'opéré succombe le huitième jour à une complication broncho-pulmonaire.

Ce cas se présentait très favorable pour la laryngofissure ; aussi la réapparition de la tumeur nous avait-elle un peu refroidi pour ce genre d'intervention. Mais elle est beaucoup moins grave que la laryngectomie totale, expose moins l'existence du malade et ne laisse pas après elle un individu privé d'un organe de relation important. C'est pourquoi, dans le cas suivant, nous avons préféré la laryngofissure, qui nous a donné un excellent résultat ; il est vrai qu'il s'agissait d'une tumeur non envahissante.

obs. II. — L. H..., 34 ans, boulanger à la campagne, d'une excellente santé, vient nous consulter pour un enrouement avec difficulté de respiration.

L'examen nous montre une tumeur arrondie, du volume d'une cerise, attachée sur la corde vocale gauche par un pédicule étroit. Pas de ganglion. Nous conseillons l'ablation.

On fait la laryngofissure sans trachéotomie au début de juillet 1900. On trouve, en effet, une tumeur pédiculée bien limitée, sans tendance à l'envahissement ; on peut l'extraire complètement.

Les suites de l'opération sont très simples ; le douzième jour notre opéré est guéri.

Nous l'avons revu en février et en avril : la guérison se maintient complète depuis huit mois ; il ne reste qu'un enrouement modéré.

17. MOURE et LAFARELLE. — Sur quelques particularités morphologiques du naso-pharynx étudiées au point de vue clinique. — Les auteurs ont cru intéressant et utile d'attirer l'attention des rhinologistes sur les variations individuelles du naso-pharynx qui, quoique signalées, n'ont pas été jusqu'ici mises en lumière.

Leur étude est basée sur l'examen de soixante coupes sagittales de naso-pharynx d'adultes, et sur l'examen clinique de quatre-vingt-douze adénoïdiens, presque tous enfants ou adolescents.

De leurs recherches, il résulte d'abord que les variations de dimensions du cavum, quel que soit le sexe, sont tellement fréquentes et considérables qu'on est obligé d'en tenir compte dans

la pratique et de distinguer des naso-pharynx grands, moyens et petits.

La forme de la voûte pharyngée permet de diviser les naso-pharynx en trois groupes :

1^o Naso-pharynx à voûte demi-circulaire ou *cintrée* ;

2^o Naso-pharynx à voûte *surbaissée* aplatis de haut en bas ;

3^o Naso-pharynx à voûte *ogivale* ou à *recessus*, aplatis d'avant en arrière, les plus fréquents chez l'adulte.

Pour qu'on ne puisse pas douter de la légitimité de cette distinction, les auteurs montrent, en projection électrique, de nombreuses coupes de naso-pharynx appartenant à chacun des types décrits.

Ces types se rencontrent également chez l'enfant ; mais leur fréquence respective est différente ; les naso-pharynx à voûte *surbaissée* prédominent.

Ces trois variations sont liées à l'influence combinée de la voûte osseuse et des parties molles du cavum ; la première est prépondérante dans deux tiers des cas seulement.

Il est utile, sinon nécessaire, au praticien de connaître ces diverses modalités morphologiques du naso-pharynx. Leur détermination par l'exploration digitale le fixera sur le choix de l'instrument, sur le manuel opératoire à employer dans les interventions sur le naso-pharynx et, en particulier, dans l'ablation des végétations adénoïdes.

18. PIAGET (de Grenoble). — Observations sur les hallucinations de l'ouïe.

19. NOQUET (de Lille). — Un cas de syphilis tertiaire du voile du palais et du pharynx.

20. SARREMONNE. — Observation de névralgie faciale consécutive à du catarrhe nasal.

21. NATIER (Marcel) et abbé ROUSSELOT Paris). — Laryngite nodulaire et troubles respiratoires. Traitement par la gymnastique respiratoire (avec 5 figures). — La laryngite nodulaire a reçu diverses qualifications, c'est ainsi qu'elle est encore communément désignée sous les noms de « nodules des cordes vocales » et « nodules des chanteurs ». Nous considérons, pour notre compte, cette dernière expression comme tout à fait impropre. Elle tendait à faire croire, en effet, que l'affection en question est l'apanage

exclusif des personnes qui se livrent à l'art du chant. Or, dans la réalité, il n'en est absolument rien. En effet, d'une part, les nodules des cordes vocales peuvent se rencontrer fréquemment chez des personnes qui ne chantent pas du tout ; et, d'un autre côté, si on les observe chez des chanteurs, on peut à l'avance prédire que ce sont de mauvais chanteurs, les vrais, ceux qui sont réellement des professionnels de cet art charmant, n'ayant jamais de nodules. Et cela, pour la simple raison que, sachant parfaitement respirer, ils ne fatiguent pas leur organe vocal et, partant, ne l'exposent pas à la formation desdits nodules.

On a prétendu que les nodules des cordes vocales étaient la terreur des chanteurs, et c'est complètement exact. Ce qu'on ne paraît pas s'être demandé, c'est si cette terreur était uniquement due à leur présence ou bien à la perspective des tribulations qu'auraient à endurer ceux qui en étaient atteints, de la part des médecins sans nombre entre les mains desquels ils allaient se remettre. C'est qu'en effet les opinions diffèrent considérablement dans la thérapeutique de la laryngite nodulaire. A côté des abstentionnistes, certainement les plus sages, mais, hélas ! les moins nombreux, les interventionnistes ont proposé les moyens les plus divers, dont quelques-uns plutôt barbares ; on peut dire qu'ils ne se sont guère rencontrés que sur un seul point : l'insuccès qui a été à peu près de règle générale à la suite de leurs entreprises variées.

Est-ce donc qu'en réalité il n'y ait rien à faire contre cette affection si fâcheuse ? Et ici, comme malheureusement dans beaucoup d'autres maladies, sommes-nous tout à fait désarmés ? Nous ne le croyons pas ; bien au contraire, la laryngite nodulaire nous apparaît comme éminemment curable, et cela dans tous les cas. Pour arriver à ce but, il était nécessaire de bien déterminer la cause du mal, car peut-être, en s'adressant à elle, arriverait-on à triompher de ses funestes effets. C'est en nous appuyant sur cette hypothèse que nous sommes parvenus, chez la malade qui fait l'objet de cette communication, à un résultat parfait, et dans un délai très court, alors qu'elle avait été auparavant soumise, par plusieurs spécialistes, à des traitements pénibles, très prolongés et absolument inefficaces. L'un de nous a pu constater qu'elle était essentiellement névropathe dans sa propre personne et dans ses origines, et qu'elle présentait une déformation complète des cordes vocales dont la gauche portait un nodule très apparent au point d'élection. L'autre ayant établi, de la façon la plus évidente, que la respiration était tout à fait défectueuse, la conclusion s'impo-

sait. Il nous paraissait juste, en effet, de rattacher la lésion locale au mauvais état général dont elle ne devait être que l'expression. Et la patiente, ayant reçu des soins en conséquence, a guéri de façon radicale.

Ainsi, et en tirant argument de ce fait auquel nous en pourrions ajouter un autre que nous possédons et où nous avons eu recours aux mêmes procédés pour faire disparaître tout aussi promptement deux nodules symétriques des cordes vocales, on peut formuler les conclusions suivantes : la laryngite nodulaire s'observe, dans certains cas tout au moins, chez des sujets ayant une respiration défectueuse et présentant des manifestations névropathiques ; elle est due aux efforts incessants que font ces personnes pour affronter leurs cordes vocales atteintes de parésie. Or, l'affrontement parfait ne pouvant être obtenu que si la respiration est normale, il faudrait s'attacher à régulariser cette dernière ; on y parviendra en soignant l'état général et en faisant pratiquer des exercices respiratoires méthodiques. Et, sous l'influence de ce traitement, on verra disparaître, parfois rapidement, certains nodules des cordes vocales qui avaient obstinément résisté aux tentatives les plus variées.

Séance du 3 mai.

22. VACHER (d'Orléans). — **De l'ablation extemporanée des amygdales enchatonnées, surtout chez les jeunes enfants.** — Au mois de mai 1899, j'ai présenté une pince pour excaver les amygdales enchatonnées, quel que soit l'âge du sujet. Depuis trois ans, j'ai fait, par ce procédé, un nombre considérable d'ablations d'amygdales, toujours avec d'excellents résultats. Jusqu'à ce jour, les opérateurs ont toujours rencontré de grandes difficultés pour enlever les amygdales enchatonnées chez les adultes, où l'on peut se servir de l'amygdalotome ou du morceleur de Ruault. Ces difficultés étaient insurmontables chez les jeunes enfants qui ont une bouche trop étroite pour qu'on puisse y introduire un morceleur ou même un très petit amygdalotome ; cependant tous les spécialistes sont d'accord pour incriminer les amygdales enchatonnées dans les amygdalites et péri-amygdalites phlegmoneuses, dans les pharyngites à répétition et les complications otiques si graves chez les jeunes enfants. En effet, l'amygdale est surmontée d'une fossette que j'appelle coupole amygdalienne. Elle s'étend sur une hauteur et une profondeur variable, libre ou cloisonnée suivant les sujets. Limitée en haut et marquée par le pli triangulaire, elle a de 10 à

25 millimètres de profondeur. Le plus souvent, l'amygdale est adhérente en partie à cette coupole. Un stylet pénètre dans des cavités au-dessus de l'amygdale, véritables *recessus* supérieurs qui contiennent souvent des produits caséeux. Ces cryptes s'enflamment et sont le point de départ des amygdalites lacunaires aiguës, des phlegmons amygdaliens, qui peuvent envahir toute la glande, les tissus voisins, le voile, la luette et provoquer même l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Rare chez l'enfant et le vieillard, très fréquente de 15 à 40 ans, cette affection siège surtout chez les personnes atteintes d'amygdales enchatonnées. Il faut donc, pour la prévenir, enlever aux enfants une grande partie de leurs amygdales, car chez eux, les amygdalites aiguës sont fréquentes ainsi que les angines des fièvres éruptives. Ils sont, en outre, particulièrement exposés aux complications otiques qui se terminent si souvent par des altérations de l'ouïe, voire même par des méningites.

La meilleure manière de prévenir un danger est d'en supprimer la cause. Il faut donc extirper les amygdales enchatonnées.

Mon procédé permet de le faire même chez les tout jeunes enfants, et donne des résultats supérieurs à tous ceux obtenus jusqu'à ce jour. Je creuse, j'excave l'amygdale avec une pince formée de deux cuillères tranchantes. J'en ai fait construire, par la maison Collin, plusieurs modèles de formes de courbes différentes. J'ai enlevé des amygdales avec ces pinces à des enfants âgés de 8 mois.

Manuel opératoire. — Après une légère cocaïnisation avec un pulvérisateur, se rendre compte de la forme de l'amygdale et de ses adhérences. Respecter les piliers et le pli triangulaire qu'on détachera de l'amygdale avec de petits ciseaux coudés, mais avoir soin de toujours faire la section en tissu amygdalien pour éviter des hémorragies. Ces ciseaux sont d'abord introduits fermés dans les cryptes, les récessus, puis on les retire et on sectionne entre les deux branches. Mais, le plus souvent, il n'est pas nécessaire de libérer l'amygdale avant de l'excaver avec mes pinces. Il faut un bon éclairage frontal, le meilleur est le miroir électrique de Clar. L'enfant est tenu comme pour l'opération des végétations, ou montera sur un fauteuil à dossier mobile, position que je préfère. Mes pinces, un abaisse-langue sont les seuls instruments nécessaires. Les pinces sont introduites fermées, portées contre l'amygdale et ouvertes plus ou moins suivant la quantité à sectionner, puis serrées fortement. Au lieu de tirer, on leur imprime alors un mouvement de rotation sur leur axe pour rompre

les brides non sectionnées. Retirées rapidement, ouvertes dans de l'eau chaude aseptisée, on les réintroduit de même pour la seconde prise. En quelques coups, l'amygdale est curetée, la loge libre, sans blessure des piliers et du pli triangulaire. On peut faire les deux amygdales avec la même pince, en changeant de main, ou changer de pince pour en prendre une coudée, si on n'est pas ambidextre. L'aide qui maintient la tête peut faire saillir les amygdales par pression derrière l'angle de la mâchoire. L'opération finie, porter au fond de la loge un tampon roulé dans de la ferripyrine, de l'alun ou de l'eau oxygénée à 20 volumes. Ensuite faire sucer de la glace.

Ce procédé ne m'a jamais donné d'hémorragie sérieuse primitive ou secondaire. Avec mes pinces, on peut maintenant intervenir sûrement et rapidement dans tous les cas qui peuvent se présenter. Tous les confrères qui l'ont employée, sur mes indications, m'ont affirmé qu'elle réalisait un progrès réel pour l'ablation extemporanée des amygdales enchatonnées chez les enfants, chez qui cette opération importante est forcément incomplète et particulièrement difficile jusqu'à ce jour.

23. LERMOYER ET MAHU. — **Nouvelles recherches sur l'action de l'air chaud sur les muqueuses aériennes supérieures.** (Voir p. 26).

24. M. LAFARELLE. — **Sur deux cas de lithiase de la glande sous-maxillaire ayant nécessité l'extirpation de la glande.** — Si les calculs du canal de Wharton sont fréquents, ceux de la glande sous-maxillaire sont très rares ; leur existence a même été contestée. Dans le premier cas rapporté par l'auteur, il s'agit de calculs intra-glandulaires innombrables avec légère atrophie de la glande ; dans le second, le calcul unique fut trouvé dans la loge sous-maxillaire, au dehors de la glande, mais celle-ci était enflammée et totalement sclérosée. L'extirpation de la glande qui fut pratiquée dans les deux cas était donc parfaitement justifiée, les malades ont rapidement guéri. Aussi, l'auteur préconise-t-il, dans tous les cas analogues, cette conduite qui met seule à l'abri des récidives et des fistules salivaires.

25. MALHERBE. — **Abcès profond du cou consécutif à une otite grip-pale latente.** — M. rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, à la suite d'une grippe contractée au commencement de l'année 1900, vit apparaître, à la pointe de l'apophyse mastoïde,

une petite tumeur après quelques douleurs vagues dans l'oreille droite. Il n'y eut aucun écoulement. Peu de temps après, la malade eut la rougeole ; la tuméfaction, à ce moment, devint plus grosse et descendit dans le cou. On pensa alors à une adénite strumeuse et la jeune fille fut envoyée à la Bourboule.

Après avoir suivi de nombreux traitements médicaux, sans aucun résultat, comme son état général empirait, qu'elle ne pouvait plus manger, que les douleurs, non seulement du cou, mais encore de l'oreille avaient augmenté, s'accompagnant de sensibilité au niveau de l'apophyse et de diminution de l'ouïe, elle vint, le 15 novembre 1900, consulter le Dr M. qui diagnostiqua une collection purulente profonde du cou, d'origine auriculaire et consécutive à une infection grippale.

L'opération fut pratiquée sous anesthésie chloroformique, le 21 décembre. Le Dr M. commença par ouvrir les cavités tympano-mastoïdiennes, il ne trouva pas de pus, mais seulement de l'épaississement et de la tuméfaction de la muqueuse avec quelques granulations au niveau des cellules de la pointe. Après leur curettage, il découvrit, à ce niveau, un fin pertuis où l'on pouvait engager facilement un crin de Florence.

Nettoyage de ces régions avec de l'eau oxygénée et fermeture de la plaie auriculaire.

On procéda alors à l'évacuation de la tumeur cervicale ; une incision de 4 centimètres fut pratiquée sur le bordant du sterno-mastoidien, comprenant les différents plans du cou jusqu'au faisceau vasculo-nerveux qui fut récliné en dehors ; immédiatement en dedans se trouvait l'abcès, contenant environ un verre à bord de pus renfermant des streptocoques. La collection s'étendait jusqu'au niveau de l'œsophage. Après avoir touché la poche avec l'eau oxygénée, un drain de 5 centimètres fut mis dans la profondeur et fixé dans l'angle inférieur de la plaie, puis pansé.

Les suites furent excellentes et la malade entièrement guérie au bout de douze jours. Revue récemment, elle continue à bien se porter.

Cette observation montre :

1° Que certains abcès profonds du cou peuvent avoir pour origine une otite méconnue ;

2° Qu'à la suite d'une infection otique, il peut se produire, à la faveur de cavités closes évoluant secondairement, des accidents à échéance plus ou moins éloignée ;

3° Qu'il peut exister vers la pointe de l'apophyse mastoïde des

fissures ou pertuis préformés, capables de favoriser la diffusion du pus en dehors de l'os, sans lésion anatomique de celui-ci ;

4° Que le chirurgien ne doit pas se contenter de vider l'abcès cervical, mais qu'il doit ouvrir les cavités de l'oreille moyenne où réside primitivement le foyer originel infectieux, de façon à s'opposer à de nouveaux accidents qui peuvent provoquer, par le phénomène de la cavité close, la virulence exaltée des germes renfermés dans la région tympano-mastoïdienne.

26. **RAOULT** (de Nancy). — Occlusion du méat et des parois du conduit auditif à la suite d'un traumatisme. Réfection du conduit.

27. **LANNOIS** (de Lyon). — De l'état de l'oreille dans les divisions congénitales du palais. — L. rapporte cinq observations de malades venus le consulter pour des affections diverses de l'oreille allant depuis le simple épaissement de la membrane tympanique jusqu'aux lésions les plus graves de la caisse, avec tout leur cortège symptomatique. Ils présentaient des fissures doubles ou simples du palais ; un seul avait été opéré et deux portaient des appareils.

Les troubles de l'ouïe peuvent être dûs à des anomalies existant concurremment dans la caisse ; d'autres fois à des anomalies congénitales ou acquises de l'orifice tubaire. On a vu aussi des adhérences des deux moitiés du voile avec la paroi latérale du pharynx.

Mais le plus souvent, ce qui est surtout en cause, c'est le coryza et la pharyngite chroniques qui existent fatalement chez ce genre de malades et qui donnent les troubles auditifs par le mécanisme habituel.

28. **GAUDIER** (de Lille). — Un cas de sinusite ethmoïdale.

29. **SUAREZ DE MENDOZA**. — Un cas de vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison.

30. **MOUNIER**. — Arthrite crico-aryténoïdienne double d'origine grippale (sera publié in-extenso).

31. **MASSIER** (de Nice). — Tuberculose laryngée et air marin (sera publié in-extenso).

32. **COLLINET**. — Deux cas de chancre infectieux des fosses nasales

— Le chancre infectieux des fosses nasales, tout en étant une affection rare, doit être plus fréquent qu'on ne pense. Il peut passer de temps en temps inaperçu à cause de son évolution beaucoup plus discrète que celle des chancres narinaires. Dans les deux cas signalés par Collinet, les seuls symptômes furent une obstruction de la fosse nasale droite avec suintement muco-purulent et adénopathie caractéristique et assez douloureuse dans la région sous-maxillaire correspondante. La tuméfaction de la muqueuse de la cloison et du cornet inférieur empêchait toute respiration du côté atteint. La muqueuse ne se rétractait que d'une façon insignifiante, sous l'influence de la cocaïne. Le diagnostic a été fait seulement par l'apparition des accidents secondaires. L'étiologie n'a pu être déterminée que dans un des cas : il s'agissait d'un marchand de vin ayant l'habitude de se gratter l'intérieur du nez avec un crayon trainant sur son comptoir et servant, à l'occasion, aux clients qui ne devaient pas manquer de le porter à leur bouche.

33. CASTEX. — **Causes de la surdi-mutité.** — Sous ce titre, Castex communique le résultat de ses recherches personnelles sur un ensemble de 323 sourds-muets, dont la plupart sont des élèves de l'institution nationale de Paris.

Son étude envisage les divers côtés médicaux de la question, mais l'étiologie y est surtout développée, en vue de la prophylaxie et du traitement qui en découlent.

L'auteur insère un questionnaire à soumettre aux parents des jeunes sourds-muets quand ils les envoient dans les institutions spéciales. Ce questionnaire peut être utile aux médecins parfois consultés par les parents de ces enfants.

Indépendamment de leur infirmité double, les sourds-muets présentent certains caractères révélateurs. Leur regard est attentif, mais leur démarche est irrégulière. Ils ne sont pourtant pas sujets au vertige.

Les affections concomitantes ne sont point rares : altérations oculaires (myopie, strabismes, kératites interstitielles, rétinites pigmentaires, etc.), denture défectueuse, squelette malformé, crâne oblique, ovalaire. Des tableaux montrent les chiffres cranio-métriques chez les sourds-muets et les entendants, parlants. Ces enfants sont sujets à la tuberculose, à diverses malformations ou tares névropathiques.

Une partie de ce mémoire est consacré à l'examen acoustique tel qu'il se pratique actuellement.

Abordant les causes, l'auteur donne les chiffres et statistiques qu'il a pu établir.

La surdi-mutité congénitale serait à l'acquise comme 145 est à 178, mais le chiffre des cas acquis se trouve majoré par l'erreur d'interprétation des parents.

Le chiffre de la consanguinité des ascendants est de 8,49 %. L'hérédité apparaît comme un facteur bien moins important que la consanguinité.

La tuberculose, la syphilis, le saturnisme et l'alcoolisme des parents jouent un rôle plus ou moins manifeste.

La même infirmité se retrouve chez les frères et sœurs (40 fois sur 323 cas).

Les émotions au cours de la grossesse et les accouchements anormaux figurent aussi dans l'étiologie.

Les antécédents morbides le plus ordinairement notés sont par ordre de fréquence décroissante :

Méningites.	40
Convulsions.	37
Fièvres cérébrales.	20
Fièvre typhoïde.	17
Scrofulose.	16
Traumatisme.	9

etc.

Les végétations adénoïdes ne paraissent pas particulièrement fréquentes chez ces enfants.

Les autopsies, comme les examens cliniques, montrent l'importance dominante des lésions labyrinthiques, cérébrales et bulbaires, congénitables plutôt qu'acquises.

Au diagnostic, Castex signale l'erreur des parents méconnaissant la surdité de leur enfant. Il appelle l'attention sur les simples retardants de la parole, sur les entendants-muets, sur les surdi-mutités purement hystériques.

L'auteur conclut que : la surdi-mutité apparaît comme le résultat d'altérations évolutives ou pathologiques de l'appareil auditif récepteur. Pour venir en aide à ces enfants, il ne faut pas voir en eux seulement le sourd et le muet, mais leur appliquer toute la thérapeutique réparatrice (gymnastique, hydrothérapie, bains de mer, etc.). L'examen acoustique s'impose pour évaluer leur tube auditif, notion importante au point de vue de leur instruction spéciale.

34. PIAGET (de Grenoble). — Résultats obtenus dans la surdi-mutité, par les exercices acoustiques. — Fait connaître les résultats

qu'il a obtenus dans le traitement de la surdi-mutité par les exercices acoustiques préconisés par Urbantschitsch. Il présente trois observations, l'une de surdi-mutité *acquise*, les deux autres de surdi-mutité *congénitale*. Différents instruments furent employés pour réveiller l'audition : tambour, sifflet, piston et violon. Voici les résultats : 1^o *surdité congénitale* : a) enfant âgé de 2 ans, rien ; — b) enfant de 4 ans, un sifflet à son très aigu est entendu au bout de six mois seulement. Quant aux voyelles, tout a été inutile jusqu'à ce jour, chez ces deux sujets. 2^o *Surdité acquise* : les résultats ont été plus favorables chez un enfant de 6 ans devenu sourd à la suite de la scarlatine à l'âge de 18 mois. L'enfant ne disait alors que le mot papa. Ce malade entendit rapidement les bruits du sifflet et du violon. On passa aux voyelles. A et I furent vite répétés, puis E et O. U fut assez long à obtenir. Aujourd'hui cet enfant répète quelques dissyllabes. Il est en traitement depuis un an et son audition s'améliorera certainement.

En présence du peu de succès obtenus dans la surdité congénitale, l'auteur s'étonne de ce que dit Urbantschitsch qui prétend que sa méthode n'échouait que dans 3 % des cas. Il estime qu'il est parfaitement inutile de commencer l'éducation d'un sourd-muet avant l'âge de 6 ou 8 ans, les enfants ne présentant pas jusqu'alors une attention suffisante. Il importe aussi de trouver un maître intelligent, dévoué et patient. Malheureusement les parents ne voyant pas un résultat immédiat se produire du jour au lendemain, se découragent souvent et ne tiennent pas la main au traitement. En somme, s'il n'y a que peu d'espoir dans la surdi-mutité congénitale, il n'en est pas de même dans la surdi-mutité acquise et l'on doit, avant d'abandonner la méthode, prolonger pendant plusieurs mois ces exercices acoustiques.

35. JOUSSET. — **L'examen des voies aériennes supérieures chez les sourds-muets.** — Médecin d'une institution de sourds-muets, depuis un certain nombre d'années, J. a pu examiner un certain nombre de sujets confiés à ses soins et chercher à élucider certains points de l'histoire physiologique de ces déshérités.

Les enfants de l'institution étant enseignés par la méthode orale, il s'est demandé si la langue de ces silencieux ne présentait rien de particulier, si les résonnateurs sus et sous-glottiques étaient bien conformés.

1^o Examen du larynx : L'organe a le même volume que celui des enfants et des adolescents entendants. Les tissus sont empâtés comme chez les lymphatiques ; l'épiglotte est volumineuse, fr-

quemment entourée par une amygdale linguale développée, le bourrelet aryténoïdien est saillant. Malgré cela, J. n'a pas trouvé, dans un groupe de quatre-vingt-trois sourds-muets de 8 à 18 ans, plus de vingt sujets chez lesquels le larynx ne fut pas largement ouvert. Il a constaté chez un certain nombre, surtout chez les jeunes, un allongement marqué dans le sens antéro-postérieur. L'organe paraissait pincé sur les côtés et forcé de prendre la forme allongée.

Différentes mensurations pratiquées pour avoir une idée de la hauteur et de la largeur des cartilages thyroïde et cricoïde, pour juger par là de la voix que pourraient avoir les sujets, n'ont rien donné de précis.

Les examens laryngoscopiques, faits avec peine parce que les sourds-muets sont très ombrageux et se prêtent mal aux observations, montrent que les cordes se rapprochent mal au moment de l'émission des sons.

2^o Mouvements respiratoires. La tension insuffisante des cordes n'est pas toujours compensée par une intensité suffisante dans le courant d'air expiré. Les enfants sourds muets entrant dans les écoles ne savent pas respirer, ils ont des mouvements respiratoires rapides, ils dilatent peu leur thorax, ils donnent un chiffre spirométrique moindre que les autres enfants. De là, nécessité de recommander la gymnastique pour faire fonctionner le thorax, d'enseigner la spirométrie, pour arriver à rendre la voix moins condensée, moins monosyllabique. Ces derniers exercices apprennent au poumon à se vider avec douceur ou violence, pour produire l'échelle des sons du piano ou forte.

3^o Production de la voix. La voix peut être nulle dans les premiers jours. Le peu de tension des cordes donne une voix éteinte ou rauque. Après quelque temps d'enseignement oral elle devient souvent voix de tête ou de fausset pour que, dans les mouvements saccadés, le pharynx se contracte tandis que le larynx est relâché.

L'enfant ne s'entendant pas parler, il est difficile qu'un certain degré de suppléance entre la force de l'air expiré et la tension des cordes puisse s'établir.

L'enseignement par la méthode orale modifie la voix du sourd-muet. J. a constaté, après un certain temps, sur un groupe de trente-cinq élèves de 9 à 16 ans :

Voix inarticulée, non intelligible	2
Voix saccadée, monosyllabique	4
Voix couverte	11
Voix intelligible	18

Le classement d'après les images laryngoscopiques ne correspondait pas au classement fait par le professeur d'après l'intonation. Cela provient probablement de ce que, dans la voix normale, la vocable et la note laryngienne sont fonctions l'une de l'autre et que, dans l'enseignement oral, la gymnastique de la vocable est seule enseignée.

Cette gymnastique rythmée, limitée aux mouvements des muscles de la langue, des mâchoires..., en un mot aux caisses de résonnance, est la principale cause que le timbre des voix est souvent le même. L'absence totale des notes laryngiennes dans la parole des sourds-muets les fait parler sur le même ton et fréquemment avec le même timbre. Les voix d'alto sont les plus fréquentes dans les différents groupes.

La prononciation tend à faire baisser le ton, quelquefois d'une façon sensible.

4° Résonnateur sus-glottique. Le pharynx est le plus souvent largement développé. De nombreux paquets de granulations latérales gênent les mouvements du voile et l'occlusion de la partie supérieure. Leur état catarrhal compromet aussi le jeu des parois si nécessaire pour modifier la cavité, afin de donner les différentes notes et de renforcer, dans une même note, les harmoniques soit élevés, soit graves.

L'anneau de Waldeyer est fort développé dans toutes ses parties, bien que le voile du palais n'ait pas toujours la forme en ogive des sujets fortement adénoïdiens.

Le nez est une des parties les plus défectueuses. Congestion de la muqueuse, développement des cornets, déviation, épaississement de la paroi... tout concourt à rendre la respiration nasale défectueuse. La faiblesse de la voix, la fatigue des muscles thoraciques sont conséquences forcées de cet état.

Il serait nécessaire, dans un grand nombre de cas, que le médecin pût intervenir pour modifier plusieurs de ces impedimenta, en indiquant une gymnastique raisonnée, en agissant médicalement ou chirurgicalement.

36. MOURET (de Montpellier). — Rapport du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales.

37. JACQUES et BERTÉMÈS. — Des tumeurs bénignes des sinus, en particulier du papillome du sinus maxillaire. — Les auteurs divisent les tumeurs bénignes des sinus en extrinsèques et intrin-

sèques, qui elles-mêmes se subdivisent en tumeurs inflammatoires et en tumeurs bénignes proprement dites.

Les seules tumeurs extrinsèques pouvant intéresser plus spécialement les rhinologistes sont les kystes paradentaires postérieurs que le prof. agrégé Jacques conseille d'ouvrir par la fosse canine et, après extirpation aussi complète que possible de la poche kystique, de faire communiquer largement avec l'antre par la résection de la paroi intermédiaire; la plaie buccale est fermée au catgut; et l'ancienne cavité kystique ne formera bientôt plus qu'un simple diverticulum de l'antre, dont la muqueuse ne tardera pas à envahir les parois.

Citons encore leurs conclusions à propos des mucocèles ou hydropies des sinus. Ils répondraient, étiologiquement parlé, à des processus anatomiques différents et seraient dus, soit à l'envahissement du sinus maxillaire par un kyste paradentaire à évolution postérieure, soit à un périostite traumatique avec occlusion de l'ostium, soit encore, et c'est ce qui arriverait la plupart du temps, à un kyste muqueux ayant rempli petit à petit et par un accroissement successif tout l'intérieur du sinus.

Ils rapportent enfin une observation inédite de tumeur bénigne de l'antre : Obstruction nasale bilatérale ancienne, avec productions polypeuses typiques et hypertrophie des cornets; la choanne gauche est occupée par une masse bourgeonnante. Cautérisation des cornets; ablation des polypes et des végétations postérieures. Pas de récive. — Un an plus tard, trépanation de l'antre pour des maux de tête à forme sphénoïdale; la partie postérieure du sinus est trouvée occupée par des néoplasies villeuses, mamelonées, qui furent reconnues à l'examen microscopique comme étant de nature papillomateuse; résection de la paroi nasale latérale et ouverture du sinus sphénoïdal par la méthode Jansen-Furet; pas de pus.

38. MM. NATIER (Marcel) et ZÜNE-BURGUE (A.) (Paris). — **De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation. Applications spéciales à l's et l'f** (avec figures). — Les parents, en général, ne tiennent pas un compte suffisant des efforts considérables que sont obligés de faire les enfants pour apprendre à prononcer correctement les sons et surtout les consonnes de la langue maternelle. Plutôt que de les aider, autant que possible, dans leur travail inconscient d'imitation, souvent on laisse croire à ces derniers qu'une prononciation anormale les rend intéressants.

Néanmoins la majeure partie des enfants réussissent à prononcer convenablement tous les sons de leur langue maternelle ; mais il en est, toujours en trop grand nombre, pour lesquels la prononciation défectueuse d'une ou de plusieurs consonnes finit par constituer une habitude invétérée. Or, celle-ci, il importe d'en être bien persuadé, sera susceptible d'exercer, ultérieurement, une influence plus ou moins néfaste sur l'état psycho-physiologique de l'enfant et, conséquemment, sur sa condition sociale.

En pareil cas, et quand ils se préoccupent du vice de prononciation de leurs enfants, les parents consultent, tout d'abord, leur médecin ordinaire. Mais celui-ci n'ayant, en général, que des connaissances fort imparfaites en matière de phonétique et de physiologie des sons du langage dont la complexité lui échappe forcément, ou bien se récusera purement ou simplement, ou bien, plutôt mal inspiré, conseillera d'attendre, mettant sur le compte exclusif du temps une guérison très problématique. D'autres fois on ira jusqu'à pratiquer la section si vantée du « filet de la langue », mais on n'en obtiendra aucun résultat satisfaisant. Enfin, le praticien, à bout de moyens, pourra adresser son infortuné client à un confrère spécialiste pour les maladies de la gorge. Celui-ci sera, probablement, tout aussi peu versé dans les questions d'orthophonie ; cependant, plus confiant dans les interventions chirurgicales, il se laissera peut-être aller à pratiquer des opérations. Que s'il lui arrive d'en obtenir, parfois, des résultats favorables au point de vue physiologique, il est bien rare qu'ils aient quelque efficacité sur les troubles du langage.

Et ces insuccès sont faciles à expliquer. En effet, le plus souvent, les vices de prononciation sont dus non pas à un défaut anatomique dans la structure des organes de la parole, mais bien à la façon défectueuse de s'en servir. C'est du moins la conviction à laquelle on arrive par des recherches précises exécutées d'après les procédés mis à notre disposition par la phonétique expérimentale et dont nous devons la connaissance à M. l'abbé Rousselot. Aussi, après avoir nettement déterminé le point exact où siège le trouble fonctionnel, doit-on arriver sûrement et promptement, par des exercices orthophoniques appropriés, à guérir les vices de prononciation dont n'avaient pu triompher les autres moyens.

Cette assertion est largement démontrée par deux observations relatées dans ce travail et qui concernent des jeunes filles dont l'une était incapable de prononcer les *s* et les *l*, et dont l'autre remplaçait toujours les *l* par une sorte d'*n* mouillée tout à fait

gutturale. Toutes les deux furent rapidement guéries de leur défaut de prononciation dont la pathogénie devient des plus aisées à comprendre en regardant les figures qui illustrent le texte.

33. **TEXIER** (de Nantes). — **Deux cas de tumeurs vasculaires de la cloison nasale.** — L'auteur rapporte deux observations de tumeurs sanguines de la cloison du nez. Dans les 2 cas, la tumeur s'est développée progressivement pour amener, au bout d'un an, une obstruction nasale d'une des fosses nasales. Epistaxis fréquentes spontanées et provoquées par le moindre contact. L'une siège dans la narine gauche, au point d'élection des épistaxis, l'autre dans la narine droite, à l'union de la cloison et de la face inférieure de la fosse nasale. Elle sont mobiles et proticulisées. Leurs grosseurs sont d'une noix pour l'une, d'une noisette pour l'autre. Saignent facilement au contact du stylet. Rien ailleurs. Elles furent enlevées à l'anse froide sans hémorrhagie et le point d'implantation cautérisé au galvano-cautère. Pas de récurrence.

Examen histologique du *D^r Monnier* : quantité de cellules en groupes plus ou moins réguliers avec çà et là des échappées de substance fondamentale. Au milieu de ces amas, cavités nombreuses qui ne sont autre chose que des vaisseaux de formation antérieure ou récente.

La clinique nous a permis de penser à des tumeurs vasculaires sans en préciser la nature, l'examen histologique l'établit d'une façon nette. Ce ne sont pas des angomes vrais mais elles se rapportent à ces tumeurs vasculaires décrites par *Egger* et *Macaigne* dans un mémoire de la Société en 1897.

40. **E. LEFRANÇOIS** (de Cherbourg). — **Des varices de la base de la langue comme diagnostic du cancer de l'œsophage.** — Comme principales causes des varices de la base de la langue, on a noté l'alcoolisme, des troubles du système nerveux, la ménorrhagie et l'aménorrhée chez la femme, etc., mais le cancer de l'œsophage n'avait pas encore été mentionné.

L'auteur a observé un certain nombre de cas où des malades atteints de cancer de l'œsophage présentaient de volumineux paquets variqueux de la base de la langue.

Existe-t-il réellement une relation de cause à effet entre le cancer de l'œsophage et les varices de la base de la langue ? Le cancer occasionne-t-il, par compression ou autrement, des troubles de la circulation veineuse ou bien s'agit-il d'une simple coïncidence ?

Tel est le problème que le Dr Lefrançois a posé, sans le résoudre, au dernier Congrès de laryngologie.

Des observations plus nombreuses sont nécessaires.

41. VEILLARD. — **Examen histologique de quelques cas de kérato-mycose de l'amygdale.** — L'auteur a pratiqué l'examen histologique dans 3 cas de kérato-mycose de l'amygdale. Les fragments examinés provenaient de malades adultes atteints de la forme banale habituelle : points blancs très adhérents sur les amygdales palatines, l'amygdale linguale, les parties latérales de la paroi postérieure du pharynx.

Cet examen lui a montré que :

1^o Toujours les lésions portent exclusivement sur l'épithélium de la muqueuse. Le parenchyme tonsillaire ainsi que le chorion muqueux sont sains ;

2^o Les lésions consistent essentiellement dans un épaissement considérable de la couche cornée qui peut atteindre plusieurs millimètres. La couche malpighienne sous-jacente a, le plus souvent, conservé ses caractères ; peut-être en quelques points voit-on une multiplication plus active de ses cellules ;

3^o Le mycélium du lephthotrix végète par touffes à la périphérie de ces points hyperkératinisés, envoyant quelques prolongements dans les fissures. Mais jamais on ne le rencontre à la partie profonde ;

4^o Il n'y a aucune raison de penser que le lephthotrix est l'agent nécessaire de cette hyperkératinisation locale. Hôte constant de la cavité buccale il se développe là abondamment parce qu'il y trouve des conditions de vie favorables.

42. JONCHERAY (d'Angers). — **Otite externe parasitaire due à un acarien.** — A vu, suivi et guéri une otite externe, bilatérale, dont les symptômes lui parurent ceux d'une otomycose.

L'otomycose de Wreden est relativement rare, mais bien connue ; elle est causée par une mucédinée du genre *aspergillus* ou *penicillium* ; elle est facilement diagnostiquée par l'œil seul et surtout par l'œil aidé du microscope.

Le Dr Joncheray fait faire et répéter un examen très soigné de ce qu'il retira du conduit auditif. Et l'on fut très surpris d'y trouver, parmi les éléments du cérumen, des œufs d'acarien en abondance, et pas de parasite végétal.

Le traitement de l'otomycose, déjà ordonné, fut maintenu, et la guérison se fit, complète et rapide.

A ce propos, l'auteur rappelle qu'on n'a pas encore décrit d'otite externe parasitaire animale. Mais, d'un côté, Schwartze devina sa possibilité par analogie avec l'otite provoquée par des grégarines ou des acariens mêmes dans l'oreille de certains animaux domestiques ; or, l'enfant en question habitait une ferme. D'un autre côté, le *démodex folliculorum*, un des principaux acariens, fut trouvé par Heule, en 1841, précisément dans le cérumen. Mais : 1° il ne provoque pas d'otite externe, comme dans l'observation citée ; 2° on ne trouva que des œufs, très caractéristiques et très nombreux, mais sans pouvoir déceler le corps d'un seul acarien, *démodex* ou autre. Enfin, la forme des œufs ferait songer plutôt à ceux d'un acarien autre que le *démodex*.

Le Dr Joncheray a consulté en littérature spéciale, et n'a rien trouvé sur ce sujet ; il a parlé de son cas à plusieurs confrères, entre autres lors du Congrès d'août 1900 au Prof. Politzer, qui n'a de sa féconde observation aucun souvenir analogue. L'auteur a alors cru devoir publier ce petit fait d'otologie.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par M. LERMOYEZ et M. BOULAY (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, de Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Paris, 1901. O. Doin, éd., 2 vol. de 400 pages avec 90 fig.).

Vingt lignes pour analyser un livre de cette importance, autant me contenter d'annoncer le travail ; c'est pourtant l'espace qui m'a été assigné pour ce compte-rendu. Ce travail magistral vaut au contraire une longue analyse ; je m'efforcerai cependant d'être bref.

Ces deux volumes sont les dignes émules de la thérapeutique des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, qui, lorsqu'elle parut en 1896, était le dernier cri de la thérapeutique spéciale. Les mêmes qualités se retrouvent dans ces deux volumes. La clarté, la concision, la méthode sont les qualités qui dominent de la première page à la dernière.

Dans les six premières pages, les auteurs développent trois propositions malheureusement trop ignorées des médecins, à savoir, la fréquence excessive, la haute gravité, la guérison aisée, dans certaines circonstances, des maladies de l'oreille. Le premier

chapitre a trait à l'exploration de l'oreille externe et du tympan. Dans le chapitre de l'aération de l'oreille moyenne, les auteurs étudient, avec tous les détails qu'elle comporte, cette opération banale et pourtant si minutieuse et quelquefois vraiment difficile qu'est le cathétérisme de la trompe d'Eustache : ils indiquent ensuite le choix du procédé d'aération.

Le nettoyage de l'oreille se fait par le lavage ou à sec : par le lavage du conduit, avec la seringue ordinaire ; par le lavage de la caisse, par le conduit, avec la seringue ordinaire, ou avec la canule de Hartmann, ou par la trompe ; technique du nettoyage à sec. Vient ensuite la technique des instillations de liquides dans la caisse, des insufflations de vapeurs, du bougirage, des différents modes de massage de l'oreille moyenne, enfin l'électrisation dont les résultats ne sont pas encore bien brillants. Il importe de signaler ici le chapitre relatif aux instruments destinés à améliorer l'audition, et nous passons à la thérapeutique spéciale.

Nous avons déjà eu la primeur de certaines parties de la thérapeutique spéciale, en extraits séparés parus dans la *Presse médicale*. A signaler le vulgaire bouchon de cérumen si connu et si mal soigné. Les corps étrangers de l'oreille font l'objet de détails minutieux. La furonculose du conduit, l'eczéma de l'oreille externe sont à lire en entier. Remarquable est la précision mathématique avec laquelle nous sont données les règles de thérapeutique dans l'otite moyenne aiguë exsudative et suppurée ainsi que dans les complications mastoïdiennes ; ces chapitres méritent une longue analyse, mais ont déjà été mentionnés autre part. Près de deux cents pages sont consacrées à l'otite moyenne purulente chronique ; nous y voyons toutes les formes, depuis la forme bénigne qui n'est entretenue que par des lavages intempestifs, jusqu'à la forme rebelle accompagnée ou non de cholestéatome et justiciable du seul traitement chirurgical, l'évidement pétromastoïdien. Vient l'otite sèche, avec le peu qu'on peut faire pour elle, et tous ses mécomptes, et enfin les affections de l'oreille interne, la syphilis de l'oreille, la tuberculose, les néoplasmes, les traumatismes. Après une trentaine de pages sur la surdi-mutité, les auteurs terminent avec beaucoup d'à-propos par un chapitre sur l'hygiène de l'oreille chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Ce dernier chapitre, paru d'ailleurs séparément dans la *Presse médicale*, mériterait d'être appris par cœur par tous les médecins non spécialistes, et pourrait même utilement prendre place dans la bibliothèque des mères de famille.

En résumé, le livre de Lermoyez et de Boulay renferme tout ce qu'il faut savoir sur la thérapeutique de l'oreille avec une technique bien précisée. Il y a tout, il n'y a rien de superflu.

L. EGGER.

Guide pour les opérations sur le conduit auditif, par F. TRAUTMANN (In-8° de 104 pages, avec 27 figures dans le texte, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1901).

Pour commémorer le 70^e anniversaire de la naissance du Dr A. von Coler, médecin en chef de l'armée allemande, un groupe de confrères ayant servi sous ses ordres publie, sous le nom de bibliothèque von Coler une suite de petits volumes destinés particulièrement à l'enseignement des médecins militaires.

Le Prof. Trautmann, directeur du service otologique de la Charité de Berlin, s'est chargé de rédiger un guide des interventions sur le conduit auditif.

Avec sa haute compétence il décrit successivement les préparatifs des opérations, la technique des opérations sur l'oreille externe ; les néoplasmes du pavillon, les affections du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne ainsi que leurs complications intra-crâniennes.

Les figures insérées dans le texte aident à la compréhension du texte.

Cet opuscule ne saurait être trop recommandé à tous ceux qui désireraient acquérir des notions utiles au point de vue opératoire.

E. L.

Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne, par A. BROCA (grand in-8° de 48 pages, avec 56 figures dans le texte, Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1901).

Cette monographie est la suite naturelle du volume publié il y a quelques années par Broca et Lubet-Barbon sur le traitement des mastoïdites. L'auteur n'a pas voulu donner ici une description didactique et complète de l'oreille moyenne et de ses annexes, mais il a eu pour but de bien mettre en relief les différents repères grâce auxquels le chirurgien marchera à coup sûr, d'insister sur la structure de l'apophyse, sur la disposition de ses cellules, de préciser la situation des organes qu'il est indispensable de ménager. Cette brochure rendra les plus grands services à ceux, toujours plus nombreux, qui savent l'importance d'une

intervention opportune dans les suppurations de l'oreille moyenne. Les figures illustrant le texte montrent l'anatomie aux divers âges, les variations de rapports, les temps opératoires.

Maladies du pharynx, par E. ESCAT (Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1901).

Le livre d'Eschat est un véritable traité de pathologie pharyngée. Un exposé précis d'anatomie et de physiologie clinique, ainsi qu'un aperçu sur les moyens d'exploration du pharynx, forment en quelque sorte l'introduction nécessaire de l'ouvrage. L'auteur aborde ensuite l'étude des affections aiguës non spécifiques. Il propose une intéressante classification et divise les angines aiguës en trois grands groupes : Angines aiguës superficielles affectant exclusivement la muqueuse, angines aiguës sous-muqueuses affectant le tissu cellulaire sous-muqueux ou les ganglions lymphatiques péri-pharyngiens, angines totales affectant indistinctement tous les tissus. Dans le premier groupe il établit deux divisions : angines rouges (catarrhales, érythémateuses, pultacées) — les angines blanches : idiopathiques (herpès, zona bucco-pharyngé) symptomatiques (variole, etc.) ; les angines blanches pseudo-membraneuses (diphthériques, streptococciques, pseudo-diphthériques).

Le second groupe comprend toutes les variétés d'angines phlegmoneuses (palatines, linguales, abcès péri-réto-latéro-pharyngiens). Enfin au troisième groupe appartient la description du phlegmon diffus péripharyngien et de la gangrène du pharynx.

Les états chroniques du pharynx sont aussi l'objet d'une classification originale : les pharyngites catarrhales chroniques (généralisées, localisées). Les adénoïdites chroniques hypertrophiques (palatine, pharyngée, linguale, folliculaire). Les états mixtes (lésions diffuses et non systématisées où les éléments mucipares et lymphoïdes sont également intéressés). Après une description complète des affections spécifiques du pharynx (angine de Vincent, syphilis, tuberculose) l'auteur passe en revue les tumeurs du nasopharynx, du voile et des amygdales et leur consacre de très détaillés chapitres. L'étude des malformations et des névropathies termine l'ouvrage.

Chacun des chapitres forme une monographie et l'on conçoit qu'il n'est guère possible d'en présenter une analyse même succincte. Le travail doit être lu dans son entier. Il intéresse le spécialiste et plus encore peut-être le médecin général qui, « surtout

en province, doit tout savoir » et qui n'a guère le loisir d'entreprendre de longues et patientes recherches bibliographiques.

E. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Pharynx et Varla

B. M. Bolton. I. Antitoxine diphthérique recueillie dans le sang de chevaux non injectés de toxine. — II. Antitoxine diphthérique obtenue par l'électrolyse (*Ass. of amer. phys.*; in *N.-Y. méd. Record*, 9 mai 1896).

H. P. Cooper. Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 23 mai 1896).

E. Lee. Erreurs dans le traitement antitoxique de la diphthérie (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 30 mai 1896).

J. W. Stickler. Résultats instructifs d'une expérience par l'antitoxine (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 30 mai 1896).

A. Seibert et F. Schroyzer. Cause de mort subite par les injections antitoxiques (*N.-Y. méd. journ.*, 30 mai 1896).

C. G. Coakley. Statistiques de diphthérie (*N.-Y. méd. Record*, 6 juin 1896).

W. G. Halloway. De l'emploi des anesthésiques pour les opérations de la gorge et du nez (*Méd. Magazine*, mai 1896).

G. H. Mc Kuen. Bégaiement dû à des végétations adénoïdes : résultat du traitement (*Therap. Gaz.*, 15 juin 1896).

J. E. Winders. Observations cliniques sur l'emploi de l'antitoxine dans la diphthérie et résultat des recherches personnelles sur ce traitement dans les principaux hôpitaux européens durant l'été de 1895 (*N.-Y. méd. Record*, 20 juin 1896).

W. H. Thomson. Comment doit on considérer les faits énoncés contre le traitement antitoxique (*N.-Y. méd. Record*, 20 juin 1896).

J. W. Brannan. Analyse critique des observations du Dr Winters sur le traitement antitoxique de la diphthérie (*N.-Y. méd. Record*, 20 juin 1896).

W. H. Stowell. Diphthérie avec et sans antitoxine (*N.-Y. méd. Record*, 20 juin 1896).

P. H. Ernst. Expérience personnelle sur le traitement de la diphthérie avec et sans antitoxine (*N.-Y. méd. Record*, 20 juin 1896).

G. T. Mundorff. Paralysie post-diphthérique grave chez un adulte soigné par l'antitoxine (*N.-Y. méd. Record*, 27 juin 1896).

R. C. Brophy. Perforations du palais et leur traitement par la méthode de Brophy (*Chicago méd. Review*, juillet 1896).

G. L. Curtis. Chirurgie buccale conservatrice (*N.-Y. méd. journ.*, 27 juin 1896).

E. F. Ingals. Orrhothérapie dans la diphthérie (*Illinois state méd. soc.*; in *N.-Y. méd. Record*, 4 juillet 1896).

W. J. Nolan. Traitement antitoxique de la diphthérie (*N.-Y. méd. journ.*, 4 juillet 1896).

G. Fuetterer. Calculs salivaires (*Medicine*, juillet 1896).

E. E. Keeler. Prophylaxie de certaines formes d'affections de la gorge (*Journ. of opht., otol. and lar.*, avril 1896).

J. Wright. Infection tuberculeuse du tissu lymphoïde du pharynx avec quelques remarques sur l'infection laryngée (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai; (*N.-Y. méd. journ.*, 26 septembre 1896).

D. N. Rankin. Un cas de blessure du pharynx par arme à feu (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai; (*N.-Y. méd. journ.*, 12 septembre 1896).

J. E. H. Nichols. Traitement de la syphilis pharyngée (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 16 mai; (*N.-Y. méd. journ.*, 26 septembre 1896).

ERRATUM

Le Dr TAPTAS nous prie de rectifier une erreur qui s'est glissée dans son mémoire sur le *traitement chirurgical de la tuberculose du larynx*, publié dans le numéro de mai; le terme de *gommes calcifiées*, répété à deux endroits, doit être remplacé par celui de *gommes caséifiées*.

NÉCROLOGIE

T. F. RUMBOLD

Le *New York Medical Record* annonce la mort du Dr T. F. RUMBOLD, de Saint-Louis, qui a succombé le 23 mai, à l'âge de 71 ans. Né en Ecosse, il vint de bonne heure en Amérique. Gradué du *Jefferson Medical College*, en 1862, il était réputé comme laryngo-rhinologiste.

NOUVELLES

Nous lisons dans l'*Archivio* de GRADENIGO qu'on a posé le 26 mai dernier, à Gênes, une plaque commémorative du centenaire de la fondation de l'Institut génois des sourds-muets par le père ASSAROTTI.

La *Revue de spécialités médicales* du Dr R. FORNS donne la composition du Comité d'organisation et de propagande du XIV^e Congrès international de médecine qui se réunira en avril 1903, à Madrid, sous le patronage de Leurs Majestés, le roi Alphonse XIII et la Reine régente.

Présidents d'honneur. — Le président du Conseil des ministres. — Les ministres d'Etat, de l'Intérieur, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Président effectif. — J. CALLEJA Y SANCHEZ.

Vice-présidents. — MARQUIS DE GUADALERZAS. — C. M. CORTEZO. — F. DE CORTEJARENA. — A. PULIDO.

Secrétaire général. — A. FERNANDEZ CARO.

Trésorier. — J. GOMEZ OCANA.

Membres du Comité. — L'évêque de Madrid, ALCALÉ. — Le gouverneur civil de Madrid. — Le président de la députation provinciale. — Le maire de Madrid. — Le président du conseil de l'Instruction publique. — Le vice président du Conseil de santé. — Le président de l'Académie de médecine. — Le recteur de l'Université. — Le directeur général de la santé civile. — L'inspecteur général de la santé militaire. — L'inspecteur sanitaire du district militaire de Madrid. — L'inspecteur en chef de la IV^e section du Ministère de la guerre. — Le directeur de la Bibliothèque nationale. — Les directeurs de la *Correspondancia de España*, de la *Epoca*, d'*El Español*, d'*El Globo*, du *Heraldo de Madrid*, d'*El Imparcial*, d'*El Liberal* et d'*El Nacional*.

CORPORATIONS MÉDICALES OFFICIELLES

Conseil de santé. — M. Taboada. — N. Escolar. — F. Garagarza. — E. Bejarano. — A. Jimeno. — E. Menendez Tejo. — A. Rodriguez Rubi.

Conseil de l'Instruction publique. — A. San Martin. — S. Ramon y Cajal. — G. de la Puerta. — J. Rodriguez Carracido.

Académie royale de médecine. — J. Calvo y Martin. — M. Iglesias. — M. Ortega Morejon. — B. Hernandez.

Faculté de médecine. — D. Teodoro Yáñez. — D. Félix Guzmán. — D. Francisco Criado y Aguilar. — D. Arturo Redondo. — D. Antonio Fernández y Chacón. — D. Federico Olóriz. — D. Abdón Sánchez y Herrero. — D. Manuel Alonso y Sañudo. — D. José Ribera. — D. Luis Guedea. — D. Ramón Jiménez. — D. Florencio de Castro.

Faculté de pharmacie. — D. Juan Ramón Gómez y Pamo. — D. Ricardo Sádaba. — D. Blas Lázaro é Ibiza. — D. Joaquín Olmedilla.

Ecole spéciale du vétérinaire. — D. Santiago de la Villa. — D. Dalmacio García é Izcarra. — D. Juan Manuel Díaz del Villar. — D. Demetrio Ortía de Landázuri.

Santé militaire (Ministère de la guerre). — D. Lorenzo Aycart. — D. José Reig. — D. Angel de Larra. — D. Manuel Martin y Salazar. — D. Eduardo Semprum. — D. José García y Montorio. — D. Joaquín Esteban y Clavillar. — D. José Ubeda. — D. Dimas Martin y Alvarez. — D. Eusebio Molina.

Santé de la flotte (Ministère de la marine). — D. Enrique Navarro. — D. Juan Redondo. — D. Vicente de las Barreras. — D. Ernesto Botella. — D. Luis Ubeda. — D. Antonio Garcia y Tapia.

Bureau central de bienfaisance. — D. José Ustáriz. — D. Juan Manuel Mariani. — D. Ramón Ezquerro. — D. Alberto Fernández y Gómez. — D. Antonio Muños.

Bureau de bienfaisance provincial. — D. Manuel Sânz y Bombin. — D. Simón Hergueta. — D. Enrique de Isla. — D. Ricardo Pérez y Valdés. — D. Francisco Huertas.

Bureau de bienfaisance municipal. — D. José Sáenz y Criado. — D. Antonio Pardo y Regidor. — D. Carlos Soler. — D. Ramón Luis y Yagüe. — D. Valentin Julián y López. — D. Enrique Falces. — D. Enrique Dupuy.

Collège des médecins de la province de Madrid — D. Ildefonso Rodríguez. — D. Joaquín Berruero. — D. Juan Azúa. — D. Santiago de los Albitos. — D. José Hernández y Silva. — D. Jerónimo Pérez y Ortiz. — D. Enrique Oliván. — D. Rafael Forns.

Collège officiel des pharmaciens de la province de Madrid — D. Julián de Madariaga. — D. Angel Garrido. — D. José Ubeda. — D. Francisco de Castro. — D. Alfonso Medina. — D. Emilio Alcobilla. — D. Manuel Alvarez Ude.

Collège des pharmaciens de Madrid. — D. Martín Bayo. — D. Francisco Garrido y Mena. — D. José María Reymundo. — D. Florencio Estébanez. — D. Ramón Sáiz de Carlos. — D. Fidel Fernández.

Médecins légistes. — D. Adriano Alonso Martínez. — D. Juan Fuentes. — D. Tomas Maestre. — D. Eduarño Lozano y Caparrós.

Délégués sanitaires. — D. Simón Sánchez. — D. Miguel Huertas. — D. Juan Ruiz del Cerro. — D. Leonardo Rodrigo y Lavín. — D. Antonio Fernández. — D. Ricardo Moragas.

Hydrologistes. — D. Joaquín E. Gurrucharri. — D. Aurelio Enriquez. — D. Joaquín Aleixandre. — D. Arturo Pérez y Fábregas.

Institution de stérothérapie, vaccination et bactériologie d'Alphonse XIII. — D. Antonio Mendoza. — D. Francisco Murillo.

Corporation médicale de la « Real familia y patrimonio ». — D. Manuel Vegas. — D. Bibiano Escribano.

Officine royale pharmaceutique. — D. José de Pontes. — D. Mariano Baquero.

Corps médico-pharmaceutique de sécurité. — D. Dionisio Gómez y Herrero. — D. Fernando Beloso.

Laboratoire central de médecine légale. — D. Nicasio Mariscal. — D. Juan C. Guillén.

CORPORATIONS MÉDICALES NON OFFICIELLES

Académie médico-chirurgicale espagnole. — D. Juan Bravo y Coronado. — D. Carmelo Carrillo y Cubero. — D. José González y Campo.

Société espagnole d'hygiène. — D. Manuel de Tolosa y Latour. — D. Felipe Ovilo. — D. Ricardo Villalba.

Société gynécologique espagnole. — D. Eugenio Gutiérrez. — D. Antonio M. Cospedal. — D. Ramón García Bleza. — D. Enrique Salcedo.

Société espagnole d'hydrologie médicale. — D. Alberto Armendáriz. — D. Benito Crespo. — D. Benito Avilés.

Société odontologique espagnole. — D. Florestán Aguilar. — D. Jaime. — D. Losada.

Institut de thérapeutique opératoire. — D. Federico Rubio y Gali. — D. Eulogio Cervera. — D. Antonio Martínez y Angel. — D. Eustasio Urñuela. — D. Serafin Buisen. — D. Eduardo Moreno y Zancudo.

Ecole pratique de spécialités médicales — D. Emilio Loza. — D. Pantaleón Prieto de Castro. — D. Francisco Sáenz y Blanco.

Croix-rouge espagnole. — D. José Pando y Valle. — D. Fernando Menéndez y Quintana.

Presse médicale. — D. Ramón Serret. — D. Fernando Calatraveño. — D. Rafael Ulecia. — D. Luis Marco.

Pressa pharmaceutique. — D. Francisco Marin — D. Macario Blas y Manada — D. Victoriano Muñoz.

Presse vétérinaire. — D. Antonio López. — D. Benito Remartinez.

Dans un compte rendu de la séance du 23 janvier, de la Société de médecine de Halle, publié par la *Münchener med. Wochenschrift*, nous lisons que le Prof. GRÜNERT y a fait une communication sur la *réclame otologique moderne*. Il signale les méfaits de l'*Institut national de la surdité* de Paris et de l'appareil qu'il met en vente sous le nom d'*audiophone Bernard*. Cet Institut répand un journal imprimé en huit langues sous l'appellation de *Médecine des sourds* qui n'a d'autre but que de spéculer sur la crédulité du public sous le couvert de la science. On y promet uniformément la guérison, de préférence par correspondance.

Ensuite GRÜNERT adresse les mêmes critiques aux *lunettes auriculaires électriques* de TSCHUCKE, de DRESDE, aux *huiles auditives*, aux nouveaux tympanes de WILSON importés d'Amérique, et à l'instrument de DALTON. Si l'emploi de ces instruments amène l'amélioration ou la guérison de la surdité, ils en sont absolument innocents; on est en présence d'améliorations spontanées ou d'une action suggestive.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la session de 1902 de la Société française de laryngologie :

1^o Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée, *rapporteur* : GAU-DIER (Lille);

2^o Traitement des sténoses fibreuses du larynx, *rapporteur* : COLLINET (Paris).

Le Dr J. C. BECK a été nommé professeur d'otologie au *Chicago Eye, Ear, Nose and Throat College*.

Le Dr Robert LEWIS a été nommé chirurgien de la *New York Eye and Ear Infirmary*.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES

AUX EAUX MINÉRALES, STATIONS CLIMATÉRIQUES ET SANATORIUMS DE FRANCE

Le voyage d'études médicales de 1901 aura lieu du 1^{er} au 12 septembre inclus.

Il comprendra les stations du Dauphiné et de la Savoie, visitées dans l'ordre suivant : Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Évian.

Le V. E. M. de 1901 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, et celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest — est placé sous la direction scientifique du D^r LANDOUZY, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Uriage.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Évian, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

D'Uriage à Évian, prix à forfait : 300 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, bateau, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au D^r CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIII^e arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1901.

PROGRAMME :

Dans l'après-midi du *samedi 31 août* et dans la matinée du *dimanche 1^{er} septembre*, concentration, à Uriage, de tous les adhérents à ce voyage.

Dimanche 1^{er} septembre 1901. — Déjeuner à 11 heures. — Après déjeuner, visite d'Uriage. — Dîner et coucher au Grand Hôtel.

Lundi 2. — Excursion à la Grande Chartreuse. — Coucher à Uriage.

Mardi 3. — Le matin, départ d'Uriage pour La Motte, par Vizille. — Visite de la Motte. — L'après midi, arrivée à Allevard vers 4 h. 30. — Dîner et coucher à l'Hôtel des Bains.

Mercredi 4. — Le matin, visite d'Allevard. — A 1 heure, départ pour Salins-Moutiers, visite. — Dîner et coucher à Brides, Hôtel des Thermes.

Jeudi 5. — Excursion à Pralognan. — Coucher à Brides.

Vendredi 6. — Le matin, visite de Brides. — A midi, départ pour Challes ; visite. — Dîner et coucher à Aix, Grand Hôtel.

Samedi 7. — Visite d'Aix, Marlioz, Lac du Bourget et Hautecombe. — Coucher à Aix.

Dimanche 8. — Le matin, excursion au Lac d'Annecy, Gorges du Fier. — L'après-midi, Le Revard. — Coucher à Aix.

Lundi 9. — Le matin, départ pour le sanatorium d'Hauteville, visite. — Déjeuner. — A trois heures, départ — Arrivée à Divonne à 7 h. 30. — Coucher à l'Hôtel de l'Etablissement.

Mardi 10. — Le matin, visite de Divonne. — A 12 h. 30, départ. — Arrivée à Saint-Gervais à 5 h. 30. — Coucher, Hôtel de Savoie.

Mercredi 11. — Le matin, visite de Saint Gervais. — L'après-midi, excursion à Chamonix. — Coucher à Évian, Grand-Hôtel des Bains.

Jeudi 12. — Le matin, visite d'Évian. — Après déjeuner, départ en bateau pour Thonon. — Dîner à 6 heures. — Dislocation.

Les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers 7 h. 30, le train pour Paris et Lyon, soit rentrer à Évian, où nous assurerons leur coucher au Grand-Hôtel des Bains et leur petit déjeuner le lendemain matin.

CONDITIONS DU VOYAGE

I. — Uriage est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément : descendre à la gare de Grenoble et prendre le tramway à vapeur qui relie cette gare à Uriage.

Pour arriver à la gare de Grenoble (compagnie Paris-Lyon-Méditerranée), les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir en temps voulu ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Uriage, à son gré, dans la journée du 31 août ou dans la matinée du 1^{er} septembre. — Pour ceux qui choisissent le 31 août : nous assurons leur dîner et leur coucher, à la condition qu'ils nous préviennent dix jours d'avance. — Pour ceux qui préfèrent le 1^{er} septembre : le train de Paris arrive à Grenoble à 8 heures du matin, le tramway à vapeur part de la place de la gare vingt minutes après et arrive à Uriage vers 9 heures et demie.

II. — D'Uriage à Evian, les voyageurs visiteront, en groupe, les stations suivantes : Uriage. — La Motte. — Allevard. — Salins-Moutiers. Brides. — Pralognan. — Challes. — Aix. — Marlioz. — Le Revard. — Hauteville (sanatorium). — Divonne. — Saint-Gervais. — Chamonix. — Evian. — Thonon.

Prix à forfait : 300 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Uriage (dans la journée du 31 août ou le matin du dimanche 1^{er} septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Evian (le jeudi 12 septembre dans la soirée, ou le vendredi matin 13 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, bateau, voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le jeudi, 12 septembre, le dernier repas pris en commun sera le dîner à Thonon, à 6 heures environ. — Après le dîner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Thonon, vers 7 h. 30, le train pour Paris et Lyon, soit rentrer à Evian où nous assurons leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Thonon ou d'Évian à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Grenoble, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle, aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Uriage, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait *sans arrêt* et par la *voie la plus directe*. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Evian.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au D^r CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (8^e) :
1^o Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2^o l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3^o le jour de l'arrivée à Uriage.

II. Sa souscription, 300 francs, à M. le Directeur du Crédit Lyonnais, Agence B., Compte V. E. M., Place de la Bourse, Paris.

Le XIV^e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le *lundi, 21 octobre 1901*, sous la présidence de M. le D^r LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1^o Chirurgie de la rate, *rapporteur*, M. FÉVRIER, de Nancy ;

2^o Traitement des adénites tuberculeuses, *rapporteur*, M. Aug. BROCA, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PROSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Oreille et hystérie, par Fleury CHAVANNE (In-8° de 320 pages, avec 84 figures, prix 6 fr. 50. J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1901).

Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus, par SIEUR et JACOB (In-8° de 550 pages avec préface du Dr Luc et 220 figures par le Dr Tricot. J. Rueff, éditeur, Paris, 1901).

Bericht über die in den Jahren 1897-99 incl. in meiner privatpoliklinik für Hals, Nasen und ohrenkrankheiten behandelten krankheitsfälle (Statistique des malades soignés de 1897 à 1899 inclusivement à ma Polyclinique oto-rhino-laryngologique privée, par R. KATSER). (Tiré à part du *Monats. f. ohrenh.*, nos 3 et 4, 1901.)

Paralysie pseudo-bulbaire et phénomènes laryngés, par A. COMTE (Extrait de la *Parole*, 1901).

Etude acoustique, musicale et phonétique sur trois chapitres de Vi-truве : la voix, la gamme grecque et l'emploi des résonateurs dans les théâtres, par L. ROUDET (Extrait de *La Parole*, 1901).

Note sur l'épistaxis impaludique et son traitement par le sulfate de quinine, par H. VERDALLE (Extrait des *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 26 avril 1901).

I. Gli effetti della recisione dei muscoli della nuca. Interpretazione di un vecchio esperimento (Les effets de la résection des muscles de la nuque. Interprétation d'une vieille expérience. — II. Sopra alcuni disordini funzionali della laringe nella sifilide terziaria di quest. organo (Sur quelques troubles fonctionnels du larynx dans la syphilis tertiaire de cet organe, par G. MASINI (Extraits du *Bollettino de Grazi*, 1897 et 1898).

I. Influenza delle vicende atmosferiche sull'organo dell'udito allo stato di sanita et di malattia (Influence des variations atmosphériques sur l'organe de l'ouïe à l'état normal et pathologique). — II. Corpo estraneo nella trachea e nel bronco sinistro Tracheotomia. Radioscopia (Corps étranger de la trachée et de la bronche gauche. Trachéotomie. Radioscopie, par G. MASINI) (Extraits de la *Gazz. degli osp.*, nos 151, 1897 et 3, 1901).

Lehrbuch der ohrenheilkunde für practische, Aerzte und Studierende (Traité d'otologie à l'usage des praticiens et des étudiants, par A. POLITZER) (4^e édition entièrement remaniée avec 346 figures dans le texte, prix 17 mk., F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1901).

XIII^e Congrès international de médecine. Comptes rendus des Sections de médecine interne, de dermatologie et syphiligraphie, publiés par H. RENDU et G. THIBERGE (Deux volumes in-8° brochés, prix 5 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

La cura delle inalazione a Salsomaggiore (La cure d'inhalations à Salsomaggiore, par V. GRAZI) (Opuscule de 12 pages, tipog. Francioni, Rome, 1900).

Ueber eine seltene Ursache einseitiger recurrenslähmung, zugleich ein Beitrag zur symptomatologie und diagnose des offenen ductus Botallae (Sur une cause rare de la paralysie récurrentielle unilatérale et en même temps une contribution à la symptomatologie et au diagnostic de

l'ouverture du trou de Botal, par H. von SCHROETTER) (Tiré à part du *Zeits. f. klin. med.*, Bd. 43, h. 1, u. 2, 1901).

Die Heiss luftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen (Traitement des otites moyennes suppurées chroniques par l'air chaud, par H. SCHUR (Tiré à part de la *Münch. med. Woch.*, n° 24, 1901).

Laryngeal phthisis or consumption of the throat (Phthisie laryngée ou consommation de la gorge, par R. LAKE (In-12 de 94 pages avec 36 figures dont 21 coloriées, prix 5 shellings, Rebman L^d, éditeur, Londres, 1901).

Extirpación total de la laringe por carcinoma. Procedimiento de Périer modificado. Curación (Extirpation totale d'un larynx carcinomateux. Modification au procédé de Périer. Guérison, par J. CISNEROS (Extrait du *Boletín de lar. otol. y rin.*, mai-juin 1901).

Sitzungsberichte der gesellschaft der ungarischen ohren und kehlkop-ärzte (Comptes rendus des séances de la Société hongroise d'otologie et laryngologie) (Budapest, 1901).

Anleitung zur diagnose und therapie der kehlkopf, nasen und ohren-krankheiten (Guide diagnostique et thérapeutique des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par R. KAYSER (In-8° de 170 pages, avec 121 figures dans le texte, prix 4 mk. S. Karger, éditeur, Berlin, 1901).

Atlas der krankheiten der nase, ihrer nebenhoehlen und des nasenra-chenraumes (Atlas des maladies du nez, des sinus et du rhino-pharynx, par P. H. GERBER) (3^e fascicule, prix 6 mk. S. Karger, éditeur, Berlin, 1901).

Manuels de thérapeutique clinique publiés sous la direction du Prof. G. Lemoine, de Lille. Maladies spéciales. Maladies des yeux, par S. BAUDRY. Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, par A. MALHERBE. Maladies de la bouche et des dents, par G. BÉAL. Maladies de la peau, par C. BARBE et G. BAUDOUIN (In 8° écu avec figures, prix 8 francs. Vigot frères, éditeurs, Paris, 1901).

Zur behandlung der trockenen mittelohraffektionen insbesondere mit der federnden drucksonde (Sur le traitement des otites moyennes sèches, surtout par la sonde légère compressive, par L. JACOBSON (Broch. de 15 pages avec 3 figures, prix 60 pfennig, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1901).

Die entzündungen des äusseren gehörganges (Les inflammations du conduit auditif externe, par W. GROSSKOPF) (Broch. de 15 pages, prix 60 pfennig, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1901).

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

